ROK IV WARSZAWA 1930 LIPIEC ZESZYT VII

WIEDZA LEKARSKA

MIESIĘCZNIK
POŚWIĘCONY PRZEGLĄDOWI FRANCUSKIEGO PIŚMIENNICTWA LEKARSKIEGO I POTRZEBOM LEKARZA PRAKTYKA

REVUE MENSUELLE CONSACRÉE À LA LITTERATURE MEDICALE FRANÇAISE ET AUX BESOINS DU PRATICIEN

pod redakcją Doc. Dr. Wojciechowskiego

PRACE ORYGINALNE

Oxalemja i oxalurja

PODAŁ

Dr. med. ALFRED GALEWSKI (Warszawa)

Przemiana kwasu szczawiowego w ustroju ludzkim łączy się ściśle z jednej strony z przemianą białkową, a z drugiej z węglowodanową, jest ona jakby produktem pośrednim obu tych przemian. We krwi znajduje się bardzo mało kwasu szczawiowego w postaci szczawianu sodu, potasu i amonu około 10 mg ‰, z moczem ustrój wydala na dobę od 2 — 20 mg.

Kwas szczawiowy powstaje w ustroju drogą egzogenną wraz z przyjętymi pokarmami, najwięcej zawierają pokarmy następujące: szpinak, szparagi, rabarbar, szczaw, owoce, herbata i klej do 3 g ‰, podanie więc tych pokarmów zwiększa poziom kwasu szczawiowego we krwi i w moczu, powstaje on w ustroju przy obfitem odżywianiu mięsem i tłuszczami (mięso, wątroba, grasica zawierają średnio 10—25 mg‰ kwasu szczawiowego).

Endogennie zaś powstaje kwas szczawiowy prawdopodobnie jako produkt pośredni przemiany węglowodanowei (*Lûthjé*). Szkoła francuska, utleniając cukier wodą utlenioną, otrzymała kwas mrówkowy i glikolowy, które są produktami zbliżonemi do kwasu szczawiowego. Inni szukają źródeł powstawania kwasu szczawiowego w białku, mianowicie w nukleoalbuminach, niektórych aminokwasach, zasadach purynowych i kreatyninie. Po podaniu glikokolu, kwasu asparaginowego i glutaminowego wzrasta ilość kwasu szczawiowego w wydzielinach; przypuszczalne pochodzenie kwasu szczawiowego z nuklein tworzy pewien związek pomiędzy powstawaniem kwasu szczawiowego i moczowego, mianowicie *Cippolina* znalazł, że narządy: śledziona, wątroba i mięśnie wytwarzają kwas moczowy z kwasu szczawiowego, zaś *Montomi'emu* udało się przez podawanie większej ilości kwasu szczawiowego wydalić z ustroju duże ilości kwasu moczowego.

Streszczając powyższe należy stwierdzić, że kwas szczawiowy może powstać 1) z aminokwasów

wskutek dezamidacji, 2) przy syntezie białka, 3) przy utlenianiu cukrów, przyczem produktami pośredniemi obok kwasu szczawiowego mogą być kwasy glukonowy, cukrowy i glukuronowy.

Miejscem wytwarzania się kwasu szczawiowego według autorów ma być jelito. *De Sandro* znalazł bakterje w jelitach, które, działając na kartofle, wytwarzały in vitro kwas szczawiowy, niektórzy są zdania, że pierwotną sprawą jest katar kiszek, który stanowi dodatnie podłoże do tworzenia się kwasu szczawiowego. *Lombardi* przypuszcza istnienie specjalnych bakterji w jelitach (bac. oxaligenes), które mają przeistaczać kwas moczowy w szczawiowy, ten że autor podawał faeces oxalików zwierzętom zdrowym, które zapadały na oxalemię. Pozatem oddawna już stwierdzono, że niektóre pleśnie, jak aspergillus niger, saccharomycetes Hanseni mają zdolności wytwarzania kwasu szczawiowego; wreszcie niektóre szczepy b. okrężnicy mają również zdolność wytwarzania kwasu szczawiowego. Wydalanie dużej ilości kwasu szczawiowego u gruźlików z olbrzymiemi jamami przypisują autorzy obecności w tych jamach pleśni, zdolnych do wydzielania kwasu szczawiowego.

Wysoki poziom kwasu szczawiowego we krwi spotyka się w rozmaitych jednostkach chorobowych, zwłaszcza tam, gdzie jest upośledzone utlenianie np. w cukrzycy, niezmiernie interesujący jest fakt, że pod wpływem insuliny obniża się poziom kwasu szczawiowego tak u ludzi zdrowych, jak u cukrzycowych, równolegle z poziomem cukru. Adrenalina podnosi nietylko poziom cukru we krwi, lecz również ilość kwasu szczawiowego, ale jedynie podana w dawkach średnich, oxalemja więc bardziej jest zależna od trzustki, niż od nerek (*Furbinger*, *Senator*, *Cantani*). W cukrzycy spotyka się często oxalemję, zwłaszcza, gdy znika cukier z moczu (*Naunyn*). Kwas szczawiowy jest tam jednym z niedostatecznie utlenionych produktów cukrowych podobnie, jak kwas glukoronowy.

W cukrzycy florydzynowej także spotyka się zwiększone wydalanie kwasu szczawiowego (*De Lukra*).

Duża ilość kwasu szczawiowego spotyka się w mocznicy, równolegle z dużą ilością mocznika i oksykwasów aromatycznych (*Phouri*).

Pozatem oxalemja znajduje się w niedokrwistości, w stanach upośledzenia przemiany materji, przy początku gruźlicy i w głodzie.

Dużej ilości kwasu szczawiowego we krwi zawsze towarzyszy hypercholesterynemja, która może dochodzić do 300% (*Laroche*, *Grigaut*).

Kwas szczawiowy, wprowadzony w bardzo dużej ilości do ustroju, wywołuje zatrucie objawiające się drżeniem, sztywnością karku, podrażnieniem nerek i jelit (*Rost*). Wprowadzony doustnie zostaje rozłożony w jelitach, a tylko $^1/_5$ część jego zostaje wydalona z ustroju; wprowadzony zaś podskórnie, a więc z ominięciem jelit, wydala się całkowicie z ustroju. Z moczem wydala się w ilości 20 mg. na dobę, w postaci charakterystycznych kopert (szczawiany wapnia), jeżeli ustrój zaalkalizować to wydala się bardzo mało szczawianów z moczem, w achylji podany doustnie kwas szczawiowy (szpinak) nie przechodzi do moczu, o ile nie dodać kwasu solnego (*Rosenfeld*). Djeta węglowodanowa i tłuszczowa jest bez wpływu na wydalanie kwasu szczawiowego. Wzmożone wydalanie kwasu szczawiowego spotyka się często u ludzi nerwowych.

Warunki, wśród których powstaje krystalizacja szczawianów wapnia, nie są dokładnie znane, możliwe, że tu pewną rolę odgrywa ilość zawartego w moczu wapnia, w każdym razie nie jest ona zależna bezwzględnie od nadkwaśności jonowej moczu, jak to się dzieje przy tworzeniu się kryształów wolnego kwasu moczowego; kryształy kwasu szczawiowego mogą występować równocześnie obok kryształów kwasu moczowego, zarówno z osadem fosforanów, a nawet w moczu amoniakalnym. Z powodu zaburzeń fizykochemicznych płynów ustrojowych (zmiany w ochronnych koloidach), małe ilości kwasu szczawiowego, które znajdują się w płynach ustrojowych, mogą stać się źródłem złogów np. nerkowych.

Wedle statystyki *Ultzmanna* na 545 kamieni jądro składało się w 41 przypadkach ze szczawianów wapnia.

Niezmiernie interesującym jest fakt że kwas szczawiowy w ustroju ludzkim nie spala się, pod tym względem zbliża on się jako kwas organiczny do kwasów nieorganicznych.

W roku 1913 *Wieland* stworzył teorję, że wszelkie spalania w ustroju ludzkim polegają na odwodorowaniu jednej cząsteczki wodoru która znajduje się tuż przy węglu i połączeniu jej z tlenem, w celu utworzenia jednej cząsteczki wody. Zrozumiałem jest więc, że te kwasy tłuszczowe będą się spalały, które właśnie posiadają grupę CH_2, kwas szczawiowy COOH . COOH zaś zawiera węgiel, nie w postaci grupy CH_2, jak jemu pokrewne malonowy, bursztynowy, które dlatego ulegają spalaniu, lecz w połączeniu z tlenem, a więc siłą rzeczy nie może być spalony; jest to więc jedyny kwas, podobnie, jak wszystkie kwasy nierganiczne, które w ustroju nie mogą być spalone i wydalają się z moczem w postaci szczawianów wapnia.

Całkowita przemiana kwasu szczawiowego w ustroju dziś nie jest jeszcze dokładnie poznana, niema nawet bardziej ścisłych metod, pozwalających określić stężenie jego we krwi i innych płynach ustrojowych, badania w przyszłości winny pogłębić jego znaczenie dla przemiany materji.

Wrażenia z międzynarodowej wycieczki do Hiszpanji.

PODAŁ

Dr. med. FRANCISZEK SIENICKI

Lekarz Rejonowy w Czyżewie.

Wycieczkę do Hiszpanji zorganizował prym. Dr Barach z Wiednia. Brali w niej udział Polacy, Austrjacy, Niemcy, Węgrzy i Czesi. Na ogólną ilość 36 osób, biorących udział w wycieczce, było 13 osób z obywatelstwem polskiem. Z Wiednia wyjechaliśmy 18-go kwietnia b. r. i tegoż dnia wieczorem przybyliśmy do Wenecji. Podróż ta między pasmami górskiemi, szczególnie za Klagenfurtem w okolicy jeziora Wörthersee i miejscowości kuracyjnej Pörtschah, nad nim położonej, aż do Velden należy do jednej z najpiękniejszych.

Zlewające się szczyty górskie, pokryte śniegami, z identyczną barwą chmur, nad niemi zawieszonych, u podnóża prześliczne jezioro, grające barwami odźwierciadlonych w nim skał, szczególnie ładne w promieniach zachodzącego słońca; wszystko to składa się na malowniczy widok. Po zwiedzeniu Wenecji udaliśmy się w dalszą podróż przez Weronę, Medjolan (pobyt 2-u godzinny), Genuę do San Remo, dokąd przybyliśmy w Wielką Sobotę wieczorem.

Tu w pierwszy dzień Wielkiej Nocy poznaliśmy cały urok Riviery włoskiej. W toni palm, kwiatów i zieleni mieliśmy sposobność obserwować morze spokojne o niebieskim odcieniu lazurowego nieba. Jest to jedna z miejscowości kuracyjnych, gdzie naprawdę można wypocząć. Niema zgiełku, szumu, dużego ruchu nad brzegiem morza, jak to jest na Rivierze francuskiej.

Z San-Remo udaliśmy się autokarami w drugi dzień Wielkiej Nocy wzdłuż Riviery w kierunku Nicei.

Przejechaliśmy Bordigherę i dotarliśmy do zamku Chateau Grimaldi prof. *S. Woronoff'a*.

Tam powitali nas brat profesora Dr *A. Woronoff* i asystent Dr *Alexandrescu*. Po oprowadzeniu nas po ciekawych laboratorjach i zapoznaniu z dotychczasowemi wynikami doświadczeń nad kwestją odmładzania, macierzyństwa, etjologji gośćca stawowego, powiększenia sztucznego sierści u królików, zdrady „małżeńskiej" wśród małp, zwiedziliśmy prywatne apartamenty na zamku pp. *Woronoff*, gdzie podjęto nas winem. W imieniu uczęstników wycieczki podziękował za gościnne przyjęcie Dr *Berdach* (Wiedeń), poczem wzniesiono toast na cześć pp. *Woronoff*. Przed opuszczeniem zamku nastąpiła wspólna fotografja.

Stąd przez kwitnące miejscowości kuracyjne: Mentonę, Monte-Carlo (zwiedzenie kasyna i parku), malowniczy Jardin souspendu, dojechaliśmy do Nicei — królowej Riviery francuskiej. W Nicei zostaliśmy zaproszeni na five o'clock tea do jednego z najwspanialszych Kasyn (Casino de la Societé Mediterranée) przez prezydenta miasta Dra *M. Faure'a* — przyjaciela Polski.

Za miłe przyjęcie, jakiego doznaliśmy w Nicei w wesołym i beztroskim nastroju

niezliczonych par tańczących przy dźwiękach 3-ch orkiestr, podziękował gorąco Dr *Singer* (Berlin). W skwarnem słońcu na Promenade des Anglais panował ruch nieoczekiwany. Na plaży kamienistej, niestety, tylko jednostki używały kąpieli słonecznych. Wieczorem, jak zresztą na całej Rivierze, było dość chłodno.

W Nicei czekał wagon dla nas zarezerwowany, który opuściliśmy w San-Remo i stąd pociągiem udaliśmy się do Barcelony. Tu staraniem konsulatu austrjackiego objęli przewodnictwo wycieczki: Lekarz Konsulatu Dr *O. Sigall*, prof. Dr. *O. Nägele* i senator h. c. Dr med. *Kaupp*.

W pierwszym dniu pobytu zwiedziliśmy wystawę międzynarodową, imponującą wieczorem swoją wspaniałą i kunsztowną iluminacją jak i bogactwem techniki współczesnej. W dniu następnym przyjął nas Dziekan Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu w Barcelonie Dr *Pi Suner*, który oprowadził nas po całym gmachu Hospital Clinico, mieszczącym w sobie laboratorja fizjologji, chemji fizjologicznej, muzeum anatomiczne, jak również kliniki chirurgiczną oczną i zakład Roentgena. Takim rozkładem sal jak również niezbyt pedantyczną czystością na salach operacyjnych nie byliśmy zachwyceni.

Po zwiedzeniu Hospital Clinico, udaliśmy się do wspaniałego gmachu, jakim jest Hospital de la Santa Cruz y San Pablo. Jest to szpital, składający się z kilku gmachów, pobudowany kosztem 13 milj. peset[1]) i ogromnych prywatnych dotacyj. Nie jest on jeszcze całkowicie czynny, brak bowiem w niektórych salach pełnych urządzeń szpitalnych. Z pracą w tym szpitalu zapoznał nas prof. *F. Gallart* (choroby przewodu pokarmowego). Szpital ten ma również oddział dla rekonwalescentów, będący pod odrębną administracją. Prof. *Gallart* udowodnił nam, że dorobek Hiszpanji w dziedzinie medycyny jest b. pokaźny, mimo naogół złego położenia stanu lekarskiego w Hiszpanji. (Prof. Uniwersytetu ma pensji miesięcznej około 300 peset, ordynator szpitala 250 — 300 peset, reszta lekarzy praktykuje w szpitalu bezpłatnie. W Barcelonie na około 1 ½ milj. mieszkańców przypada przeszło 3.000 lekarzy). Spotkaliśmy się tu z niewspółmiernemi wydatkami na kosztą budowy olbrzymich szpitali i uposażeniem lekarzy.

Hiszpanja przeżywa obecnie również kryzys ekonomiczny. To, co już dawniej pobudowano, musi pozostać, chcąc jednak wykończyć i urządzić szpitale, obniża się lub nie płaci wcale pensji lekarzowi, na czem cierpi chory. Lekarze bezpłatni pracują w szpitalu zaledwie 3 godziny; od godz. 13-ej pozostaje 1 — 2-ch lekarzy na cały szpital. Frekwencja chorych w szpitalach jest b. mała.

Barcelona jest miastem b. ruchliwem o dość ładnym porcie. Po Paryżu nie widziałem tak ruchliwego miasta, mimo, że nie jest stolicą Hiszpanji. Prócz wystawy zwiedziliśmy katedrę, kilka kościołów z zabytkami, między innemi kościół o niebosiężnych wieżach Sagrada Familia, będący w okresie odbudowy. Mieliśmy możność zobaczyć również arcydzieło sztuki tegoż budowniczego, obecnie już nieżyjącego, który prowadził odbudowę kościoła Sagrada Familia, posiadłość książęcą prezydenta miasta Barcelony o oryginalnej budowie, podarowaną miastu: kapliczka, sala filarowa, na niej ogródek, wodotryski, schody, ogrodzenie — wszystko z potłuczonych, różnokolorowych odłamków kafli, artystycznie ułożonych w różne figury geometryczne.

Z Barcelony udaliśmy się na jednodniową wycieczkę autokarami na górę Montserrat, położoną w odległości 50 klm. od Barcelony. Wyjeżdżając z miasta ujrzeliśmy malowniczy widok górski Tibidabo.

Montserrat jest może jedynym szczytem górskim na świecie, gdzie natura jak najlepszy rzeźbiarz, wyrzeźbiła u szczytu góry cały szereg walców, kopulasto lub stożkowato ściętych, skąd nazwa „montserrat" — góry potrzaskanej; na szczyt sam można się dostać kolejką zębatą lub z pomocą powietrznego połączenia linowego. Znajduje się tam klasztor, do którego przybywają pielgrzymki, kaplica b. bogata, olbrzymi garaż, restauracje, kawiarnie. Dojazd do miejsc, w którym znajdują się garaże, trwa od podnóża góry około godziny i przedstawia malowniczy, ale i groźny zarazem widok; jedzie się wciąż b. wąską asfaltowaną szosą nad przepaścią, okrążając wężowym ruchem całą górę. Jedna chwila nieuwagi i niezatrąbienia szofera może spowodować zderzenie się dwóch naprzeciw idących samochodów i niechybną katastrofę ze spadnięciem w przepaść. Po powrocie z góry

---
[1]) Peseta = 1,10 zł.

Montserrat i poznaniu innych szczegółów Barcelony, wyjechaliśmy do Madrytu.

Tu zwiedziliśmy szpital Czerwonego Krzyża — Hospital de la Cruz Roja

Dyrektor tego szpitala Dr. *Victor Manuell'y Nogueras*, człowiek niezmiernie uprzejmy, nie szczędził trudu, ażeby nam pokazać urządzenia tego z przepychem nowocześnie urządzonego szpitala.

Podczas zwiedzania towarzyszyli nam i udzielali informacji, prócz dyrektora: Dr. *Fr. Luque'y Betran* zastępca dyrektora, Dr. *Fernan Perez* — redaktor pisma „Medicina ibera" i inni. Szpital ów posiada szereg przychodni, planowo rozmieszczonych, w rodzaju polikliniki, z najnowszemi zdobyczami naukowo-technicznemi: pyeloskopja, radjoskopja, elektrokardiografja, oftalmoskopja, mechanoterapja, kamera prądów o wysokiej częstotliwości, elektrokoagulacja, elektrodiagnostyka. emanatorjum, aparaty Roentgena do prześwietlań i naświetlań w różnych pozycjach, gabinet okulistyczny z salą operacyjną, urządzoną przez firmę Zeissa, sztuczna plaża dla dzieci, gdzie z góry padają promienie z lamp kwarcowych, na dole olbrzymi basen do kąpieli kwasowęglowych i powietrznych; naokoło basenu plaża z piasku, podgrzewanego od dołu do pożądanej temperatury; w sąsiedztwie sala dla matek, dzieci, kąpiąc się, mogą przez duże okno widzieć swoje matki, co im dodaje otuchy i zwiększą chęć do przebywania w wodzie — i cały szereg innych interesujących urządzeń, nad czem dłużej nie będę się rozwodził.

Jest to, ogólnie biorąc, szpital, którego żadna europejska stolica nie powstydziłaby się posiadać.

Następnie zwiedziliśmy będące w budowie miasto uniwersyteckie „Ciudad Universtitaria".

Informacji b. szczegółowych udzielił nam lekarz nadworny, członek komitetu budowy miasta uniwersyteckiego Dr. *Vizconde de Casa Aguilar*.

Po zwiedzeniu gmachów już pobudowanych, zaproszono nas na bankiet, wydany staraniem Konsula austrjackiego *Taub'a* przez Uniwersytet w Madrycie. W imieniu lekarzy hiszpańskich przemawiał Dr. *Pulido*, z ramienia zaś Uniwersytetu Dr. *Aguilar* powitał serdecznie uczęstników wycieczki.

W odpowiedzi za tak przyjazne i wzruszające przyjęcie podziękowali w również serdeczny sposób Dr *Barach* (Austrja), Dr *Singer* (Niemcy) i autor niniejszego w imieniu grupy lekarzy polskich, poczem Dr *Aguilar* w krótkim końcowym przemówieniu, żywo przypomniał miłe przyjęcie, jakiego doznał podczas pobytu swego w Warszawie, przed paru laty i wzniósł okrzyk na cześć Austrji i Polski.

W Madrycie mieliśmy sposobność zobaczenia walki z bykami w olbrzymim cyrku (toreos), które, choć dziwnem się to wydaje, mimo swego barbarzyństwa, przetrwały do czasów dzisiejszych.

Po jednodniowej wycieczce do Toledo, gdzio zwiedziliśmy katedrę, kilka klasztorów (bogate zakrystje) i innych zabytków i powrocie do Madrytu wyruszyliśmy przez San Sebastjan do Biarritz.

W imieniu Komisji Zdrojowej powitał nas dyrektor Dr *André Claisse*, który zapoznał nas w krótkim przemówieniu z osobliwościami zdrojowiska i pokazał urządzenia w Domu zdrojowym, mówiąc w nawiasie, daleko gorsze niż u nas w Ciechocinku, lub Krynicy.

Zakład zdrojowy w Biarritz zasila naturalnemi solankami źródło Briscous za pośrednictwem kanalizacji. Woda źródła Briscous jest silną solanką o c. wł. 0,0242, zawierającą w litrze 307,79 gr. soli mineralnych, z czego 295 gr. przypada na NaCl, 0,167 gr. na bromki i ślady jodu. Jest 11 razy więcej słona niż woda morska. Po zwiedzeniu zakładu zaproszono nas do ratusza, gdzie powitał nas burmistrz w obecności przedstawicieli rady miejskiej i podjął winem, a panie ponadto kwiatami. Plaża w Biarritz należy do pierwszorzędnych, tak co do jakości, jak i przestrzeni.

Widok na spienione fale Atlantyku, dodaje większego uroku. Nic dziwnego, że cieszy się tak dużym powodzeniem i rozgłosem w Europie.

Z Biarritz wycieczka wyruszyła w drogę powrotną do Wiednia przez środkową Szwajcarję. Ja zaś udałem się do Paryża, gdzie się zatrzymałem na $5^1/_2$ dni, w ciągu których zwiedziłem kilka klinik i szpital St. Louis, a potem Louvre, Pantheon, Notre Dame, Salon des artistes, Wersal i t. d., poczem po 2-dniowym pobycie w Berlinie wróciłem 9-go maja do Warszawy.

Przed wyjazdem z wycieczką zwiedziłem w towarzystwie kol. *B. Edelmana* z Krynicy Wiedeń: między innemi gmachy klinik uniwersyteckich i ładny szpital fundacji amerykańskiej pod kiero-

wnictwem Dr *Edelmana*. Streszczając się muszę zaznaczyć, że wycieczka do Hiszpanji była dobrze przemyślana i zorganizowana. Są to zasługi D-ra *Baracba*.

Nastrój był miły, stosunki ogromnie serdeczne. Pozostawiła ona niewątpliwie na zawsze uczestnikom niezapomniane nigdy wrażenia.

Dr. JULJUSZ IRRGANG — Przemyśl.

Z teki lekarza.

Zdawałoby się, że zawezwanie lekarza do chorego jest rzeczą najzwyklejszą w świecie, ale jeżeli zrobimy próbę, to jesteśmy tak często rozczarowani, że warto jest nad przyczyną się zastanowić!

Niezadowolone są często obie strony: pacjent i lekarz. Pacjent wymaga przybycia lekarza „natychmiast". Potrzebuje tego lekarza nietylko podczas nagłego, życiu zagrażającego wypadku, ale także i wówczas, kiedy ma dolegliwości już od trzech dni i od rana do wieczora się zastanawia, czy ma przecież zawołać, aż wreszcie posyła po niego o 1/29 wieczorem. Woła lekarza do „natychmiastowej" pomocy wówczas, kiedy choruje latami na chorobę żołądkową, albo jeżeli się uderzył w palec przy wbijaniu gwoździa! Jeżeliby nawet oburzyła lekarza ta niecierpliwość, to ze stanowiska pacjenta jest ona psychologicznie zrozumiała.

Od chwili, kiedy chory wogóle się zdecydował zawołać lekarza, to czeka na niego z tęsknotą; nie znosi tej przerwy, skoro już raz przezwyciężył siebie, by swoją osobę zaufać komu innemu. Po ordynacji lekarza czuje się chory pewniejszym.

Jeżeli nawet zrozumiemy życzenie „natychmiastowej" pomocy u chorego, to przecież z drugiej strony lekarz nietylko danemu choremu stoi do dyspozycji, bo i inni również pragną „natychmiastowej" pomocy; nie mówiąc już o tem, że lekarz także i dla siebie mieć musi niektóre godziny, bo tak jak i chorzy nie może on skreślić ze swego życia jedzenia, spania i wypoczynku.

Sposób, w jaki się woła lekarza, może mu pracę ułatwić lub utrudnić; czasem uniemożliwić szybkie zjawienie się, lub odwrotnie pomóc do szybkiej orjentacji.

Nie wiele potrzebuje lekarz dla swej orjentacji. Wołający lekarza powinien sobie zapisać już w domu na kartce — bo lekarz może być chwilowo nieobecny, a kto inny przyjmuje zamówienie — nazwisko, naprawdę dokładny adres, no i kilka uwag co do rodzaju choroby n. p. ból w brzuchu, wymioty, gorączka, ból ucha u dziecka. Laik nie wie, jak ważne są dwa lub trzy takie słowa dla lekarza i pacjenta. Jak często się zdarza, że lekarz wyjeżdża do chorego, — aby się na miejscu dopiero dowiedzieć, że chodzi o poronienie lub inną chorobę, wymagającą jakiegoś zabiegu i musi wracać po narzędzia, bo przecież nie może wozić zawsze ze sobą całego instrumentarjum.

Skoro zawiadomiono już raz lekarza, to trzeba czekać cierpliwie. Nie przyśpieszy przybycia lekarza, raczej odwrotnie, jeżeli co pięć minut i coraz natarczywiej go się wzywa. Tylko w wyjątkowym wypadku, jeżeli naprawdę wyczekiwanie lekarza trwa nadspodziewanie długo, można jeszcze raz się dowiedzieć — ostatecznie może i lekarz lub służba zapomnieć o zamówieniu.

Dalszą przyczyną, dlaczego lekarz się spóźnia do chorego jest przyzwyczajenie wielu pacjentów nie trzymania się ściśle oznaczonej godziny. To irytuje lekarza, stara się spóźnionych jak najprędzej się pozbyć, bo poza domem czekają na niego niecierpliwie inni chorzy. Przekonałem się, że wielu pacjentów rozmyślnie później się zjawia u lekarza, spodziewając się dłużej i bez przeszkód z nim porozmawiać. Osiągają w ten sposób skutek wręcz przeciwny, bo lekarz zniecierpliwiony jest my-

---

[1]) Zobacz „*Wiedza Lekarska*": 1929, zeszyt VII, XI, — 1930, zeszyt III. Dr. *Irrgang*: „*Z teki lekarza*.,

śląc o chorym, któremu wyznaczył swą wizytę. Jeżeli ktoś chce dłużej kiedyś i bez przeszkód porozmawiać z lekarzem o swojej chorobie, to we własnym interesie powinien przedtem poprosić o wyznaczenie mu godziny. Lekarz jest zawsze wdzięczny, jeżeli w swym ciężkim zawodzie znajduje zrozumienie i wzgląd u pacjenta i chętniej odwiedzi najpierw takiego, aniżeli innych. Oprócz tego ma on nie tylko prawo, ale i obowiązek wyżej otaksować „natychmiastową" wizytę, aniżeli zwykłą.

Najprędzej więc dostanie się lekarza, jeśli się uwględni jego potrzeby i potrzeby innych pacjentów.

Najlepiej wychodzi na tem — rzecz naturalna ten, kto wedle starej mody ma swego domowego lekarza, bo przyjacielski stosunek, jaki panuje między domowym lekarzem, a jego klijentelą, zawsze pociągnie prędzej lekarza do swego stałego pacjenta.

Przemyśl, dnia 9 czerwca 1930

Résumé.

Alfred Galewski. Oxalemie et Oxalurie.

Dans ce travail nous trouvons les opinions contemporaines sur la transformation de l'acide oxalique dans l'organisme et sur le rôle qu'il joue. L'auteur décrit l'acide (de oxalique provenance exogène et endogène, touche la question de l'oxalemie et oxalurie en attirant l'attention spéciale sur les états pathologiques dans lesquels la quantité de l'acide oxalique augmente.

François Sienicki.

Impressions de l'excursions internationale des médecins en Espagne. L'auteur donne une déscription colorée de l'excursion des médecins en Espagne sous la direction du *Dr Barach* (Vienne). Outre les impressions concernant l'excursion proprement dite-nous y trouvons des données très interessantes sur les installations médicales et les conditions du travail des médecins en Espagne — ainsi que la déscription de certaines stations thermales en FRANCE et en SUISSE, que l'excursion a eu l'occasion de visiter.

Jules Irrgang.

Réfléxions sur l'état psychique du malade, faisant venir le médecin, les indications pratiques et désideratas, adressès à tous ceux, qui ont bésoin du service médical (dans le but de faciliter la tâche du médecin et de s'assurer le secours médical convenable).

CHOROBY WEWNĘTRZNE.

Opuszczenie trzew.

Odżywianie wieczorne, jako metoda lecznicza w bólach żołądka u chorych z opadnięciem trzew. (La clino-digestion nocturne dans les gastralgies des ptosiques). P. Carnot. *Journ. méd. francais. nr. 11, 1929.*

Istnieją dwie postaci chorych z opadnięciem trzew: jedni przedstawiają typ osób otyłych raczej, jak np. — kobiety, które przechodziły liczne porody, cierpiące na opadnięcie macicy, przepuklinę i żylaki, podczas gdy inni chorzy na opadnięcie trzew przedstawiają typ zgoła odmienny. Są to najczęściej kobiety, bardzo szczupłe, o delikatnej budowie ciała i zapadniętym brzuchu. Ci chorzy skarżą się stale na bóle w brzuchu, szczególnie po przyjęciu pokarmów a zwykłe pasy lecznicze, które w pierwszej grupie chorych oddają znakomite usługi, u tych chorych raczej powodują wystąpienie bólu wskutek ucisku.

U osób szczupłych, cierpiących na opadnięcie trzew, leżenie w pozycji na wznak zmniejsza lub nawet znosi bóle żołądka tak, że skoro bóle te trwają nadal w pozycji leżącej, wówczas podejrzewać należy powikłanie w postaci wrzodu żołądka lub dwunastnicy, co niestety spotyka się często u chorych z opadnięciem trzew.

Bóle, występujące u omawianych chorych po przyjęciu pokarmów, dają się łatwo wytłomaczyć wyciągnięciem ścian żołądka i nerwów, zwłaszcza układu współczulnego, a bywają one tak znaczne, że chorzy odżywiają się coraz gorzej, a występujące wyniszczenie wpływa ujemnie na układ nerwowy, przez co powstaje błędne koło. W dalszym przebiegu występuje zanik zupełny podściółki tłuszczowej, więzadeł i mięśniówki, zwłaszcza przewodu pokarmowego.

Leczenie tego rodzaju ciężko chorych polega na: odosobnieniu chorych, leżeniu w łóżku i odpowiedniem odżywianiu.

Odosobnienie wpływa kojąco na układ nerwowy, leżenie w łóżku posiada podobne znaczenie, a nadto pozycja leżąca znakomicie ułatwia przesuwanie się pokarmu z żołądka do dalszych odcinków przewodu pokarmowego bez bólów i innych sensacyj.

Odpowiednie odżywianie polega na podawaniu małych lecz częstych dawek mleka, którego ilość łatwo jest miareczkować (1 litr dostarcza 700 kaloryj). Dla uniknięcia ścinania się mleka w żołądku zaleca się dodawanie cytrynianu sodu w ilości $^1/_2$ łyżeczki od kawy na 1 filiżankę mleka. Skoro powyższy sposób leczenia doprowadzi do podwyższenia wagi chorego, należy dodawać zwolna lekkie przetarte potrawy, kompoty i t. p. Chorzy w ten sposób leczeni z łatwością przybywają na wadze a trudności lecznicze powstają wówczas dopiero gdy chorzy zaczynają wstawać z łóżka.

Dalsze leczenie takich chorych pokrywa się z leczeniem lżej chorych, którym z różnych względów (ludzie pracujący, hypochondrycy i t. p.) nie należy zalecać leżenia w łóżku, a tem nie mniej chorzy ci powinni zachować pozycję leżącą po przyjęciu pokarmów przez cały czas trawienia w żołądku, które jak wiadomo trwa 6 — 7 godzin po posiłku, nieco tylko obfitszym.

Dla uzyskania powyższego celu autor zaleca podawanie głównego posiłku wieczorem, poczem chory powinien natychmiast położyć się do łóżka. Posiłek taki powinien składać się z zupy zawierającej tłuszcz, z potrawy mącznej lub przetartej, zielonych jarzyn, potrawy słodkiej i owoców. Należy unikać podawania kawy, wina a nawet mięsa, wreszcie ograniczyć ilość płynów. W razie potrzeby przed jedzeniem podać można kwas solny.

Poza głównym posiłkiem podawać należy rano, w południe i o godzinie 4-tej popoł. małe posiłki, które łatwo opuszczają żołądek: letnie płyny, nie zawierające pokarmów stałych, tłuszczu i kwasów. Tu należą: białko kurze rozpuszczone w wodzie, letni buljon, mleko zbierane z dodatkiem cytrynianu sodu, chudy rosół, galaretki owocowe, i płyny zawierające cukier. Po takich posiłkach nawet krótki odpoczynek w pozycji leżącej wystarczy, by pokarm opuścił żołądek, poczem chorzy mogą wrócić do swoich codziennych zajęć.

Powyższy, ambulatoryjny sposób leczenia chorych z opuszczeniem trzew oddał autorowi znakomite usługi.

Opuszczenie trzew i zespół zaburzonej równowagi statycznej narządów jamy brzusznej. (Les ptoses et le syndrome de mauvaise contention des organes de l'abdomen). P. Jacquet. *Journ. méd. francais nr. 11, 1929.*

Jak wiadomo, trzewa posiadają tylko ograniczoną wrażliwość na ból przy zabiegach operacyjnych w miejscowem znieczuleniu powłok, natomiast przy pociąganiu ich więzadeł (krezki) występuje nietylko ból, ale i gwałtowne kolki a nawet zapaść. Dlatego pod wpływem wypełnienia przewodu pokarmowego i pozycji stojącej przy opuszczeniu trzew powstaje ból miejscowy lub promieniujący (do nadbrzusza, do krzyżów) lub inne zaburzenia, jak np. zawroty głowy, ogólne osłabienie i aerofagia. Wszystkie te objawy zależą od pozycji stojącej ciała i ustępują przy zmianie pozycji. Przy dłuższem trwaniu powyższego stanu występują stałe stany neuralgiczne ze strony splotu słonecznego, zaburzenia w opróżnianiu jelit i t. p.

Powyższe objawy mogą występować nietylko przy typowem opuszczeniu trzew, stwierdzonem radjologicznie, ale też u osobników, wolnych od powyższych zmian, u których jednak równowaga statyczna narządów jamy brzusznej uległa zaburzeniu, co najczęściej ma miejsce, jako skutek wychudnięcia. Z drugiej strony należy podkreślić, że dolegliwości wyżej opisane niekiedy nie występują mimo, że istnieje istotne, typowe opuszczenie trzew.

Patogeneza:

Jako przyczynę powstania opadnięcia trzew i zespołu zaburzonej równowagi statycznej narządów jamy brzusznej wymienić należy przedewszystkiem wychudnięcie. Ponieważ powyższe zespoły chorobowe wywołują zaburzenia w trawieniu, przeto w wywiadach należy ściśle określić chronologiczny porządek wystąpienia wychudnięcia i zaburzeń w trawieniu. Przy zwróceniu uwagi chorego nieraz uda się stwierdzić, że wychudnięcie poprzedziło zaburzenia w trawieniu, co jest charakterystycznem dla omawianych zespołów. U chorych takich podniesienie wagi ciała (wskutek odpowiedniego odżywiania i postępowania) usuwa zarazem i zaburzenia w trawieniu.

Drugą przyczyną zaburzenia równowagi statycznej narządów jamy brzusznej jest zwiotczenie powłok brzusznych, w szczególności zaś mięśni brzusznych. W warunkach prawidłowych napięte mięśnie powłok brzusznych przyciskują narządy jamy brzusznej do tylnej ściany, utrwalonej przez kręgosłup i tą drogą przyczyniają się poważnie do zachowania równowagi statycznej narządów umocowanych do tylnej (i górnej) ściany brzucha zapomocą więzadeł. Zwiotczenia mięśni brzucha bez względu na przyczynę chorobową lub fizjologiczną (liczne ciąże, siedzący tryb życia w wielkich miastach i t. p.) wywołują z koleji wspomniane wyżej zaburzenia w równowadze narządów oraz dalsze skutki.

Autor zwraca uwagę, że opadnięcie trzew spotyka się u osobników o różnej konstytucji i trudno jest mówić o typus ptoticus. Jedni chorzy na opuszczenie trzew przedstawiają typ szeroki w barkach i biodrach, inni, przeciwnie, wyszczególniają się wąską budową ciała. Także i typ brzucha u osobników, cierpiących na omawiane cierpienie, jest różny i należy zaprzestać, według autora, używania określenia: duży brzuch chorych na opuszczenie trzew, gdyż cierpienie to spotyka się i u osobników z brzuchem zapadniętym.

Szczególną uwagę zwrócić należy może na wiszący, duży brzuch u ludzi t. zw. pełnokrwistych, u których sama waga brzucha może być przyczyną wystąpienia dolegliwości, niezależnie od ewentualnie istniejącego opadnięcia trzew.

Bóle zależne od pozycji ciała występują tylko w pozycji stojącej (patrz wyżej) jako bóle w krzyżach, niekiedy o słabem tylko nasileniu, raczej jako zmęczenie mięśni krzyżów. Bóle typowe mogą promieniować pod łopatki, w linję pachową lub nawet wysoko, pod m. trapezius (możliwe omyłki rozpoznawcze z lumbago, lub nawet torticollis). Ból w okolicy żołądka może wystąpić zarówno, jako skutek bezpośredni opadnięcia, lub też pośrednio, wskutek zaburzeń ruchowych, wydzielniczych, zmian w splocie słonecznym (patrz niżej). Ból w żołądku występuje przedewszystkiem po jego wypełnieniu (i w pozycji stojącej) i wskutek tego chorzy uszczuplają swe odżywianie. wywołując błędne koło.

Astenja występuje szczególnie często u chorych na opadnięcie trzew. Charakterystyczne jest osłabienie ogólne występujące dopiero popołudniu, po przyjęciu większej ilości pokarmów, w okresie trawienia. Na czczo, rano chorzy ci czują się względnie dobrze w odróżnieniu od chorych na chorobę Addisona i t. p., którzy skarżą się na osłabienie występujące od wczesnego ranka. Obok ogólnego osłabienia występuje też zmęczenie i łatwość zmęczenia się, a nadto i podciśnienie tętnicze.

Zawroty głowy i aerofagja należą do najczęstszych objawów omawianego zespołu chorobowego.

Zaburzenia ze strony splotu słonecznego są przyczyną występowania bólów nad pępkiem i skoro zaburzenia te występują przy opadnięciu trzew wówczas bóle trwają niezależnie od pozycji ciała, t. j. nie ustępują w pozycji leżącej. To powikłanie opadnięcia trzew zdradza się przedewszystkiem niemożnością zniesienia najmniejszego ucisku, a więc także i pasa ortopedycznego, zwłaszcza zachodzącego dość wysoko. Następnie występuje tętnienie w okolicy nadpępcza. niekiedy słabo wyczuwalne, niekiedy zaś tak znaczne, że przypomina rozszerzenie tętnicy brzusznej, lub choroby Basedowa, zwłaszcza wobec stanu nerwowego tych chorych. Według autora, opuszczenie trzew wywołuje zmiany ze strony splotu słonecznego w 50% niemal. Charakterystycznem jest, że zaburzenia te ustępują przy odpowiedniem leczeniu t. j. leżenie w łóżku, odpowiednie odżywianie, podczas, gdy na zaburzenia ze strony splotu słonecznego. występujące z innych przyczyn, leczenie powyższe niema wpływu. Tylko bardzo zastarzałe i bardzo silne zaburzenia są oporne na leczenie przeciw opadnięciu trzew, przez nie wywołane.

Silne bóle żołądkowe wywołane bywają też aerofagją. Jako szczególny zespół objawowy podaje autor bóle, występujące wskutek czynnościowego zwężenia trzeciej części dwunastnicy. Bóle te występują późno po przyjęciu pokarmów i wywołane są, jak pouczają prześwietlenia prom. Roentgena, skurczami antiperystaltycznymi wspomnianej części dwunastnicy. Bóle te nie ustępują przy położeniu się chorego na wznak, lub na bok prawy, jak przy opadnięciu trzew natomiast znikają przy położeniu się płasko na brzuchu lub na boku lewym. Naogół bóle te dają się leczyć drogą odżywiania, jak przy opadnięciu jelit. Niekiedy spotykają się typowe crises gastriques (należy wyłączyć inne przyczyny).

Objawy ze strony jelit są częste. Najczęściej występują zaparcia stolca, niekiedy jednak występują rozwolnienia, przyczem stolce są śluzowe; noszenie pasa ortopedycznego działa nieraz korzystnie. Przy opuszczeniu trzew spotyka się też nocne napady bólów jelitowych o bardzo silnem natężeniu; bóle te występują po północy, gdy zawartość żołądka przeleje się już do jelit. Bólom towarzyszą często wymioty żółciowe. Umiejscowienie bólów jest w podżebrzu prawem i promieniują one w stronę lewą; o ile wystąpią śluzowe stolce rozpoznanie jest ułatwione, w przeciwnym razie omyłka z napadem kamicy żółciowej jest możliwa.

Niektóre zapatrywania, mało uwzględniane w opadnięciu trzew. (Quelques points de vue trop peu envisagés des ptoses digestives). L. Chauvois. *Journ. méd. français nr. 11, 1929.*

Autor zwraca uwagę na te przypadki, w których mimo stwierdzonego rentgenologicznie opadnięcie trzew, opróżnienie żołądka i jelit odbywa się w prawidłowym okresie czasu. Ta prawidłowa czynność motoryczna przewodu pokarmowego, mimo zmian w położeniu anatomicznem, skłania niektorych badaczów do uważania tych przypadków za fizjologicznie normalne. Autor zwalcza te przekonania i wskazuje na to, że ustrój chorych takich zużytkowuje znacznie więcej pracy i wysiłków dla dokonania pracy opróżnienia przewodu pokarmowego w prawidłowym czasie, a nadto żołądek tych chorych ucieka się do pomocy aerofagji, co jest już wprost objawem patologicznym. Wypełnienie żołądka, pełnego pokarmów, pewną ilością powietrza, wywołuje w końcu odruch ze strony atonicznej mięśniówki żołądka, co jednak doprowadza do jeszcze większego rozdęcia i opuszczenia tego narządu.

Nadto autor zwraca uwagę na niskie położenie, spłaszczenie i upośledzoną czynność przepony u chorych z opuszczeniem jelit. Chorzy ci oddychają znacznie gorzej, gdyż czynność przepony nie znajduje dostatecznego oparcia, wskutek zwiotczenia mięśni brzucha w opadnięciu trzew. Dlatego to odpowiednio zastosowany ucisk brzucha zapomocą ortopedycznego pasa wywołuje znaczną ulgę w oddychaniu. Fakt gorszego samopoczucia tych chorych wskutek wychudnięcia wskazuje, według autora, też i na to, że odpowiednia podściółka tłuszczowa jest też niezbędna dla sprawnego funkcjonowania nietylko przewodu pokarmowego, ale i narządu oddechowego.

Powyższe spostrzeżenia wskazują na wielorakość zgubnych skutków, jakie pociąga opuszczenie trzew. Dlatego zwrócić należy szczególną uwagę na leczenie, które obok wzmacniania mięśni brzucha, uzyskanie odpowiedniej wagi ciała, i tp. polega na stosowaniu pasa ortopedycznego. Dobór odpowiedniego pasa odbywać powinien się według autora, p o d e k r a n e m, gdyż tylko kontrola promieniami Roentgena jest tu miarodajna, a źle dobrany pas przynosi więcej szkody, niż obywanie się bez niego. Co do samego pasa, to winien on być podatny i elastyczny, a nadto autor stosuje rodzaj poduszeczki, wydymanej powietrzem, którą umieszcza się na nad spojeniem łonowem. Elastyczny pas i wydymana powietrzem poduszeczka spełniają nietylko rolę podtrzymującą opadające narządy, ale wykonują zarazem masaż wibracyjny (jelit w pracy niniejszej autor podaje szczegółowy opis odnośnego pasa). Kontrola pasa pod promieniami Rentgena powinna wykazać, że pas włożony w pozycji leżącej nie zmienia poprawionego położenia jelit przy wstawaniu, chodzeniu i tp.

Autor zwraca też uwagę na szczegół, mało dotychczas uwzględniany, a mianowicie, że duże rozmiary narządów przewodu pokarmowego spotyka się u ludzi szczupłych, natomiast u ludzi tęgich z dużym brzuchem spotykamy często małe rozmiary żołądka, krótką okrężnicę. Autor sądzi, że odwrotny stosunek masy tłuszczu do wielkości przewodu pokarmowego, należy tłomaczyć nie przerostem tkanki tłuszczowej, jako sprawę pierwotną, lecz odwrotnie autor mniema, że konstytucjonalny niedorozwój, względnie wolny rozwój przewodu pokarmowego daje miejsce wtórnemu, wzmożonemu rozwojowi tkanki tłuszczowej. Do powyższych zapatrywań skłaniają autora liczne prześwietlenia prom. Roentgena przewodów pokarmowych dzieci, których rodzice cierpią na zaburzenia równowagi statycznej narządów jamy brzusznej (opadnięcie trzew). Prześwietlenia te wykazują niewielkie odchylenia, które mogą już dawać dolegliwości, a które znikają przy odpowiedniem leczeniu.

Opadnięcia trzew małego stopnia. (Petites ptoses). H. Godlewski. *Journ. méd. francais nr. 11, 1929.*

Opadnięcia trzew małego stopnia, którego nie można stwierdzić rentgenologicznie, spotyka się bardzo często, bez względu na płeć, podczas gdy typowe opadnięcie, morbus *Glénardi*, stwierdza się przedewszystkiem u kobiet (80%). Przyczyną powstania tego cierpienia jest wychudnięcie w krótkim czasie, przyczem chodzić tu może o chorego, który przejściowo ważył ponad swą normą, a następnie schudł do swej normalnej wagi. Albowiem we wszystkich przypadkach wychudnięcia, mechanizm powstawania opadnięcia trzew jest ten sam: zmniejsza się zawartość jamy brzusznej wskutek zniknięcia tkanki tłuszczowej, podczas gdy objętość jamy brzusznej pozostaje ta sama. W przypadkach omawianych przez autora chodzi oczywiście o zmiany względnie nieznaczne, które wywołują jednak dolegliwości. Zasadniczą skargą tych chorych jest uczucie zmęczenia, wzmagające się w ciągu dnia, a zwłaszcza pod wieczór, co u wielu chorych wywołuje też zmianę usposobienia, brak apetytu i dalsze wychudnięcie, a w następstwie prowadzić może do typowego opadnięcia trzew. Obok zmęczenia występuje też ból w krzyżach i to jest również częstą skargą tych chorych. Obie dolegliwości występują tylko w pozycji stojącej, a znikają w leżącej.

Rozpoznanie opadnięcia trzew małego stopnia nacznie ułatwia sposób badania podany przez *Glénard'a*: chory w pozycji stojącej odwraca się tyłem do lekarza, który obiema rękami obejmuje (od tyłu) brzuch chorego pod pępkiem, tuż nad spojeniem łonowem. Następnie choremu zaleca się wykonywanie wolnych, lecz głębokich oddechów; podczas wydechu należy łagodnie unosić brzuch chorego ku górze i ku krzyżom, podczas wdechu brzuch utrzymuje się elastycznie w poprzednim położeniu. Po 5—7 oddechach brzuch jest odpowiednio uniesiony i podczas dalszych paru oddechów utrzymuje się go na tym samym poziomie. Przeważna część chorych na opadnięcie trzew zwróci uwagę na ulgę, jakiej doznaje; dla przekonania się należy szybko usunąć ręce, podtrzymujące brzuch i zapytać chorego, która pozycja jest dla niego dogodniejsza. W razie stwierdzenia istnienia omawianego cierpienia, należy przeprowadzić odpowiednie leczenie, a przedewszystkiem należy zalecić noszenie odpowiedniego pasa. W lekkich przypadkach niewielkie podtrzymanie brzucha, jakie uzyskać można zapomocą zwykłego paska, a nawet sznurka (!) — daje poważną ulgę; podtrzymujący pasek musi jednak bezwarunkowo leżeć poniżej najbardziej wystającej (z profilu) części brzucha. U osobników szczupłych zastosować należy odpowiednie pelotki (poduszeczki) pneumatyczne lub elastyczne (w rodzaju np. gumowej gąbki).

Autor zwraca następnie uwagę na zaburzenia w czynności nerek opadających, polegające na małej ilości oddawanego moczu i białkomoczu. Oba te zaburzenia powstają tylko w pozycji stojącej (ortostatyczna oliguria i albuminuria). Zastosowa-

nie pasa z pelotkami; podtrzymującemi nerki wystarcza zupełnie do zniesienia powyższych objawów, bez stosowania djety i leków, z wyjątkiem postępowania otłuszczającego.

Wreszcie autor podaje prosty sposób odprowadzania opadającej macicy (o ile chodzi o przypadki lekkie), co nieraz wystarcza na dłuższy przeciąg czasu, a nawet na stałe.

Postępowanie chirurgiczne a opuszczenie żołądka. (La ptose gastrique et son traitement chirurgical). R. Solmon. *Journ. méd. francais, nr. 11, 1929.*

Przed ewentualnym zabiegiem chirurgicznym w opuszczeniu żołądka stwierdzić należy przedewszystkiem, czy opuszczenie jest utrwalone, t. j. czy odpowiednio zastosowany pas ortopedyczny nie potrafi unieść żołądka ku górze; następnie należy stwierdzić położenie dwunastnicy. W jednych przypadkach stwierdzamy przy opuszczeniu żołądka ustalony genu superius dwunastnicy z ewentualnem wyciągnięciem opuszki dwunastnicy, w innych zaś przypadkach prawie cała dwunastnica ulega też opuszczeniu. W przypadku pierwszym klinicznie występują zaburzenia charakterystyczne dla zwężenia bez znacznych bólów, w drugim przypadku występują bóle bardzo znaczne wskutek pociągania nerwów małej sieci i splotu słonecznego, Wreszcie stwierdzić należy, czy niema powikłań, jak perivisceritis, opuszczenia innych narządów i t. p.

Po wyjaśnieniu powyższego stanu rzeczy należy zbadać ogólny stan chorego, a zwłaszcza jego układ nerwowy, który tak często wykazuje poważne zmiany: neurasthenia; psychastenja a nawet patologiczne stany psychiczne.

Niektórzy autorowie, jak np. *Liek*, uważają postępowanie chirurgiczne w opuszczeniu żołądka, wogóle za niewskazane, gdyż opuszczony żołądek jest tylko jednym z objawów wadliwej konstytucji i predyspozycji. Inni autorowie zalecają operowanie, lecz wyłączają chorych na neurastenję.

Co do metod operacyjnych autor wspomina o sposobie *Pertbésa*, polegającym na zastosowaniu okrągłego wiązadła wątroby do podtrzymania żołądka, oraz o sposobie *Lambreta*, który do tego celu posługuje się wycinkiem z powięzi mięśnia prostego brzucha. Wyniki tej ostatniej metody mają być dobre a niebezpieczeństwo zabiegu nikłe.

W praktyce autor zaleca przedewszystkiem leczenie w zakresie medycyny wewnętrznej — zabieg operacyjny względnie rzadko wchodzi w rachubę i to dopiero po wyczerpaniu innych sposobów leczniczych. *Z. Gorecki,*

CHIRURGJA

Zapalne zwężenia odbytnicy (Les rectites sténosantes). Hartmann. *Paris Méd. Nr. 14, kwiecień 1930.*

Etjologja schorzenia jest niejednolita, Autor na 120 spostrzeganych przez siebie i leczonych tego rodzaju zwężeń w 40% przypadków stwierdził tło kiłowe; poza tem znajdywał jako przyczynę schorzenia: gruźlicę, rzeżączkę i wrzód weneryczny odbytu i odbytnicy, pederastję bierną, czerwonkę, naświetlania radowe w przebiegu raka szyjki macicznej. Płeć nie odgrywa tu większej roli; najczęstszy wiek — 30 do 47 lat.

Jednakże, bez względu na tło schorzenia, w późniejszym okresie rozwoju przedstawia ono obraz dosyć typowy. Samo zwężenie jest umiejscowione zwykle nisko, na 2 do 6 cm. powyżej odbytu, i ma kształt najczęściej walcowaty, ku dołowi rozszerzający się lejkowato. Sluzówka powyżej i poniżej zwężenia jest znacznie zmieniona zapalnie, pokryta owrzodzeniami i guzami zapalnemi (ziarnina) dookoła odbytu widać często otwory przetok sięgających swym początkiem zwykle do miejsca poniżej zwężenia odbytnicy. Objawy kliniczne z początku mogą być bardzo nieznaczne; są to zwykle objawy przewlekłego nieżytu ropnego śluzówki odbytnicy, do których z czasem przyłączają się zaparcia stolca na zmianę z biegunkami (często rzekomemi), wzdęcia i bóle brzucha, objawy ogólnego zatrucia kałowego, wychudzenie charłactwo. Okresowo może występować obraz ostrej, zupełnej niedrożności jelitowej.

W rozpoznawaniu różniczkowem uwzględniać należy: stare blizny pasmowate ściany odbytnicy, zwężenia wrodzone w kształcie zastawek i błon, rak odbytnicy, zwykłe zaparcie nawykowe. Wyjaśnia tu wszelkie wątpliwości badanie palcem, a w zwężeniach wysoko położonych—prześwietlenie rentgenowskie. Rokowanie jest poważne — ze względu na mogące wystąpić powikłania miejscowe (ropowice) i ogólne (charłactwo, gruźlica płuc) i ze względu na trudności leczniczе.

Leczenie jest wyłącznie chirurgiczne i polega albo na mechanicznem stopniowem rozszerzaniu miejsca zwężonego (sztywne rozszerzadła Hegara, kauczukowe) — co daje naogół wyniki nieświetne, lub też na wycięciu operacyjnem okolicy zwężenia drogą przez krocze, z cięcia okrężnego na granicy skóry i śluzówki odbytu (jak przy operacji Whiteheada) idąc ku górze wewnątrz pierścienia zwieraczy. Pomyślny wynik operacji zależy częściowo od tego, czy usunięto całą zmienioną chorobowo część śluzówki odbytnicy.

Autor operował w ten sposób 31 przypadków, z których w trzech rozwinęło się zwężenie z powrotem, w ośmiu — wystąpiła znaczna poprawa, pozostałych 20 zostało wyleczonych trwale.

Ropnie, wywołane sztucznie w celach leczniczych (Données pratiques sur l'absces de fixation). Pic i Delore. *Le Journ. de Médécine de Lyon, Nn. 2, kwiecień 1930.*

Już oddawna zwracano uwagę na fakt ten, że w przebiegu ciężkich zakażeń ogólnych występowała nieraz szybka i niespodziewana poprawa — z chwilą wytworzenia się jakiegokolwiek ogniska ropnego w ustroju, choćby to był przypadkowy ropień, powstały w następstwie podskórnego wstrzyknięcia lekarstwa. W związku z tem zaczęto rozmyślnie wywoływać powstanie ropni w celach leczniczych, z początku — w przypadkach zakażeń połogowych, później — pod wpływem otrzymywanych na tej drodze zachęcających wyników—i w innych postaciach zakażeń ogólnych, chirurgicznych i durowych.

Sposób działania leczniczego tych sztucznie wywołanych ropni jest dosyć złożony, grają tutaj rolę: unieruchomienie drobnoustrojów i jadów, działanie odciągające. wzmożenie produkcji ciałek białych i zmiany chemiczno-biologiczne w składzie płynów tkankowych — w związku z rozpadem leukocytów i ewent. wstrząsem koloidoklastycznym. Wstrzy-

kuje się zwykle w tym celu 1 lub 2 cm (zależnie od stopnia zakażenia) terpentyny (Ol. Terebinth) — ściśle do tkanki podskórnej, ani głębiej, ani płyciej, gdyż to przoduje silne bóle i może wywołać obumarcie np. skóry lub powięzi. Najdogodniejsza okolica ciała — to boczne części brzucha.

W kilka godzin po wstrzyknięciu chory zaczyna odczuwać miejscowo ból, który stopniowo nasila się, jednocześnie występują objawy nacieku zapalnego; w miarę wytwarzania się zbiorowiska ropy (po 48 godzinach) bóle zmniejszają się. Ropień uważa się za dojrzały koło 8—12 dnia i wówczas należy go naciąć; wystarcza cięcie niewielkie. Nie należy nacinać ściany ropnia zbyt wcześnie, gdyż wówczas nie zdąży on osiągnąć całego swego celu leczniczego. Większej gorączki w czasie rozwijania się ropnia nie bywa. W niektórych przypadkach trzeba się uciec do parokrotnego wstrzyknięcia terpentyny, aby wreszcie wywołać powstanie ropnia. Objawów ubocznych, niepożądanych nie bywa. Przeciwskazaniem do stosowania tego leczenia są obrzęki i cukromocz; wiek nie stanowi przeciwskazania.

Bóle piętowe (talalgia) pochodzenia rzeżączkowego. (La talalgie blennorragique). Baudet. *La Presse Méd. Nr 36, maj 1930.*

Obecnie, tak zwaną talalgję uważa się już wyłącznie tylko za pewne powikłanie rzeżączki, powikłanie o umiejscowieniu, zresztą, dosyć dziwnem. Dotyczy ono tkanek miękkich w okolicy kaletki maziowej kości piętowej, lub okostnej tylnej i dolnej powierzchni kości piętowej, częściowo i samej kości. W przypadku zajęcia przez proces chorobowy okostnej przychodzi do wytworzenia wyrośli kostnych w postaci blaszek i kolców różnej wielkości, odchodzących od tylno-dolnej powierzchni kości i widocznych dobrze na zdjęciach rentgenowskich. Zmiany te dotyczą często obu kości piętowych. Owe wyrośla kostne znajduje się prawie we wszystkich przypadkach bólów piętowych pochodzenia rzeżączkowego; tam zaś, gdzie ich obecności się nie stwierdza, ma się do czynienia z okresem wczesnym, kiedy proces chorobowy jeszcze nie zdążył doprowadzić do powstania tych wyrośli.

Omawiane schorzenie cechuje się bólami, występującemi wyłącznie po mniej lub więcej długiem chodzeniu. Przedmiotowo—poza wynikiem zdjęcia rentgenowskiego — stwierdza się niewielkie zgrubienie części miękkich w okolicy pięty i wyraźną bolesność uciskową w pewnych punktach, odpowiadających umiejscowieniem owych wyroślom kostnym.

W rozpoznawaniu różniczkowem uwzględniać należy; rzeżączkowe zapalenie szpiku kostnego kości piętowej, zapalenie stawu skokowego, stopę płaską, wreszcie — kiłę i gruźlicę kości piętowej (naogoł rzadkie).

Co do leczenia, to wyniku pomyślnego po stosowaniu szczepionek swoistych można się spodziewać tylko w tych przypadkach, w których nie doszło do wytworzeuia wyrośli kostnych. W tym drugim razie — tylko dokładne usunięcie operacyjne wyrośli będzie w stanie sprowadzić wyleczenie.

Stany niedomogi nerek (stany mocznicowe) w przebiegu zwężeń cewki moczowej (L'azotémie chez les rétrécis), Thévénot i Verriére. *Journ, d. Urologie XXIX — Nr. 3 marzec 1930*

Chorych, cierpiących na zwężenie cewki moczowej, można zrównać całkowicie — co do przebiegu cierpienia, zaburzeń w wydalaniu moczu i rokowania — z chorymi na tak zwany przerost sterczu. W jednym i drugim przypadku ma się do czynienia z osobnikami zatrutemi, o zmniejszonej odporności, u których zawsze na pierwszem miejscu uwzględniać należy zdolność wydalania moczu i sprawność nerek, pozostawiając nieraz na uboczu leczenie samego zwężenia.

Autorowie, spostrzegając i lecząc 22 przypadki zwężeń cewki moczowej, stwierdzili, że u wielu z nich zawartość mocznika (ściśle mówiąc — azotu bezbiałkowego) we krwi była wzmożona. Azotemja ta jest w prostym stosunku do stopnia zalegania moczu w pęcherzu i długotrwałości cierpienia, a po za tem—do stopnia zwężenia, wieku chorego i obecności zaburzeń chorobowych w innych narządach. Stężenie mocznika we krwi u tego rodzaju chorych nie tylko wpływa na rokowanie, ale decyduje nawet często o rodzaju leczenia. Przy zawartości mocznika do 0,5 g. na litr krwi rokowanie jest dobre, chorzy tacy łatwo znoszą wszelkie zabiegi lecznicze i nietrudno jest uzyskać u nich poprawę. Są te przypadki najczęstsze.

Przy zawartości mocznika we krwi od 0,5 g do 1,0 g, należy być już bardzo ostrożnym w rokowaniu i w stosowaniu zabiegów, gdyż po zbyt forsownem rozszerzeniu miejsca zwężonego może wystąpić nagłe pogorszenie, a nawet i śmierć.

Wreszcie u osobników, mających mocznika we krwi powyżej 1 grama na litr, należy się zająć krzedewszystkiem ich niedomogą nerkową i wypływającem z niej zatruciem. Wskazanem tu będzie wytworzenie przetoki pęcherzowej, lub też nacięcie cewki moczowej odzewnątrz (uretrotomia externa); to ostatnie będzie bardziej celowem, warunkującem dokładniejsze opróżnianie pęcherza, jakkolwiek trudniejszem technicznie.

Dopiero po znacznem obniżeniu stężenia mocznika we krwi (możliwie do normy) można się zająć leczeniem samego zwężenia.

O niedomodze nerek i jej rozpoznawaniu (Diagnostic de l'insuffisance rênale) temat programowy IX Zjazdu Urologów Niemieckich. — **Necker.** *Journ. d'Urologie XXIX Nr. 3, marzec 1930.*

Rozróżniamy dwa rodzaje niedomogi nerek w przebiegu schorzeń chirurgicznych. j e d n a jest następstwem pierwotnego zniszczenia na pewnej przestrzeni miąższu nerkowego—jest to niedomoga istotnie wydzielnicza, d r u g a zaś jest wywołana pierwotnym zastojem moczu. Przykładem, a właściwie odpowiednikiem w medycynie wewnetrznej tej pierwszej jest przewlekłe zapalenie nerek.

Niedomoga nerek, wywołana zastojem moczu ma charakter względnie dobrotliwy — szybko ustępuje i bardzo późno doprowadza do cięższych powikłań. Polega ona głównie na zaburzeniach w wydzielaniu wody, soli i innych mniej znanych substancji, a w znacznie mniejszym stopniu — na zaburzeniach w wydzielaniu azotu.

Do określenia stopnia niedomogi nerek służą: określenie stężenia mocznika we krwi, próba czynnościowa nerek wdg. *Vollbarda* i próba z podaniem mocznika wdg. *Mc Lean'a* i *Weselow'a.* Jednak najbardziej charakterystycznem dla niedomogi nerek, zwłaszcza postaci cięższych (ze zniszczeniem miąższu nerkowego), jest zwiększenie stężenia indykanu we krwi, który jest wykładnikiem zawartości we

krwi aminokwasów. Dodatni wynik próby ksantoproteinowej poprzedza bezpośrednio nadejście mocznicy (uraemia) i jest bezwzględnem przeciwskazaniem do jakiegokolwiek zabiegu operacyjnego. Podobne znaczenie ma stwierdzenie kwasicy.

Należy tu zaznaczyć jeszcze z naciskiem, że niedomoga nerek może się rozwijać przy braku jakichkolwiek objawów klinicznych i przy zupełnie dobrym, pozornie, stanie ogólnym chorego.

Ostre zapalenie szpiku kostnego wyrostka sutkowego kości skroniowej, występujące obustronnie u osesków (L'osteomyelite mastoidienne bilaterale chez les enfants du premier age). Aloin. *Le Journ. de Medecine de Lyon. Nr. 246, kwiecień 1930.*

Zapalenie wyrostka sutkowego u osesków przebiega zupełnie odrębnie, w porównaniu z przebiegiem tegoż u starszych dzieci, i cechuje się: swą obustronnością, słabem zaznaczeniem objawów miejscowych i burzliwością objawów ogólnych — co w sumie przypomina raczej ostre zapalenie szpiku kostnego kości długich. Rozpoznanie bywa trudne, rokowanie—poważne. Duża liczba osesków ginie z powodu nierozpcznania cierpienia i niezastosowania odpowiedniego leczenia.

Mechanizm chorobotwórczy polega najprawdopodobniej na ogólnem zakażeniu ustroju oseska, z punktem wyjścia z jamy nosowogardłowej. i następowem zajęciem jednocześnie i jamy bębenkowej i wyrostka sutkowego.

O b j a w y k l i n i c z n e z początku przypominają grypę, z katarem nosa i lekkiem niedomaganiem, po paru dniach objawy się nasilają, gorączka podnosi się do 38—39, dziecko podnosi rączkę do ucha, wskazując w ten sposób na źródło bólów — jest to okres nieżytowego zapalenia jamy bębenkowej. Ale wkrótce gorączka wzrasta do 40°, wszelkie poruszanie dziecka staje się bardzo bolesne, samo dziecko jest senne, odurzone, występują objawy nieżytu oskrzeli, czasami — biegunki, wreszcie chory traci przytomność. Objawy te są następstwem wzrostu ciśnienia wewnątrzczaszkowego wskutek zapalenia wyrostków sutkowych i, częściowo, opon. Jeśli wykonać w tym czasie nacięcie błony bębenkowej, to wydzielinę otrzyma się bardzo skąpą, o charakterze surowiczo-krwawym.

Naogół biorąc, w obrazie klinicznym tego cierpienia mogą przeważać albo objawy płucne, albo jelitowe, albo wreszcie — nerwowe, jako porażenie nerwu twarzowego, podrażnienie błędnika lub zapalenie opon mózgowych. Przyczyną choroby bywa najczęściej zakażenie łańcuszkowcem, a poza tem— gronkowcem i dwoinkami zapalenia płuc.

L e c z e n i e polega na dostatecznie szybkiem wykonaniu operacji otwarcia jam wyrostków sutkowych, do czego wystarcza w zupełności łyżeczka ostra. Rana goi się 2 — 6 tygodni. Zabieg ten można wykonać najczęściej całkowicie bez narkozy i bez znieczulenia.

Objawy chorobowe ze strony okrężnicy w przebiegu zapalenia pęcherza żółciowego (Rêactions coliques au cours des cholécystites). Foucaud. *Le Journ. Med. Franc. Nr. 3, marzec 1930.*

Wpływ zapalenia pęcherza żółciowego na czynność wydzielniczą i ruchową żołądka znanym jest ogólnie, mniej się zwraca uwagi na wpływ tegoż na stan czynnościowy okrężnicy. Odnośne zaburzenia polegaja tutaj na: 1) s k u r c z u poszczególnych jej odcinków, 2) p o r a ż e n i u, 3) b ó l a c h, 4) z a p a r c i u s t o l c a na skutek zalegania w okrężnicy, 5) b i e g u n k a c h i wreszcie 6) objawach t. zw. C o l i t i s m u c o - m e m b r a n a c e a. Skurcze odcinkowe okrężnicy w przebiegu zapalenia pęcherza żółciowego są analogiczne co do mechanizmu chorobotwórczego do takichże skurczów w zakresie żołądka, okolicy odźwiernikowo-dwunastniczej, przełyku i serca. Ich zwykłe umiejscowienie to — kątnica, zagięcie wątrobowe i zagięcie śledzionowe. Nasilenie skurczu i towarzyszącego mu bólu zależy w dużym stopniu od pobudliwości układu nerwowego roślinnego danego osobnika.

Porażenie okrężnicy pochodzenia pęcherzykowego zbliżone jest bardzo do porażenia w przebiegu zapalenia otrzewnej (ileus paralyticus), ale stan ogólny nie ulega tutaj zakłóceniu w stopniu większym.

Bóle pochodzenia okrężnicowego w przebiegu zapalenia pęcherza mogą wysunąć się na plan pierwszy, przed bólami pęcherzykowemi, a ze względu na ich umiejscowienie w okolicy kątnicy i wyrostka, zgięcia wątrobowego, zgięcia śledzionowego—mogą prowadzić do odpowiednich pomyłek rozpoznawczych.

Zaparcia stolca występują w stanach tych bardzo często; rzadziej mają miejsca biegunki — jako biegunki t. zw. ranne, biegunki zaraz (w 15—20 minut) po spożyciu pokarmów (obiad), lub biegunki przemijające, napadowe, towarzyszące napadom kolki żółciowej.

Wszystkie te objawy ze strony okrężnicy ulegają zaostrzeniom i złagodzeniu równolegle do wahań cierpienia zasadniczego. Po wycięciu pecherza żółciowego zwykle przechodzą bez śladu.

Bezpośrednią przyczyną owych zaburzeń okrężnicowych bywa: odruch z pęcherza żółciowegó (zależny od stopnia pobudliwości układu nerwowego roślinnego), zaburzenia w wydzielaniu żółci (hypercholia), odruchowe zaburzenia w chemiźmie żołądka i trzustki z następowemi odpowiedniemi zaburzeniami w trawieniu (zwłaszcza tłuszczów), wreszcie— zrosty otrzewnowe i zakażenie okrężnicy bezpośrednio z pęcherza żółciowego. L e c z e n i e tych zaburzeń ze strony okrężnicy polega na leczeniu cierpienia zasadniczego to jest zapalenia pęcherza żółciowego. Objawowo, przy zaparciach stosuje się belladonnę, przy biegunkach — kodeinę.

Zmodyfikowana technika wykonania operacji Wertheima i ogólne wyniki po niej. (Technique de l'hysterectomie élargie dans le cancer du col uterin). V i l l a r d. *Lyon Chirurg. XXVII—Nr. 2, marzec—kwiecień 1930.*

Duża śmiertelność po operacji wycięcia macicy według W e r t h e i m a, zależna przeważnie od zakażenia pooperacyjnego, odstraszała wielu chirurgów od stosowania tego zabiegu na korzyść leczenia energją promienistą. Punktem wyjścia zakażenia bywa śluzówka pochwy, skąd drobnoustroje przenikają do otwartego szeroko przymacicza i jamy otrzewnowej.

Autor wykonał tę operację w 70 przypadkach raka szyi macicznej; śmiertelność wyniosła tylko 7 proc., przyczem ani w jednym przypadku przyczyną śmierci nie było zakażenie. W związku z tą względnie niewielką śmiertelnością pooperacyjną, autor jest zwolennikiem wykonania z reguły wycięcia całkowitego macicy, ograniczając stosowanie naświetlań leczniczych wyłącznie do przypadków nieoperacyjnych.

W y k o n a n i e z a b i e g u z modyfikacjami autora przedstawia się następująco. Uśpienie ogólne. Do pochwy wprowadza się aspirator Villarda, który znajdzie swoje zastosowanie przy końcu operacji. Chora leży w ułożeniu Trendelenburga. Cięcie powłok w linji środkowej od pępka do spojenia. Osłoniecie dokładne trzew brzusznych serwetami i odsunięcie ich ku górze. Obejrzenie i obmacanie macicy i więzadeł szerokich.

Uchwycenie prawego więzadła szerokiego kleszczykami przy samej ścianie miednicy i jego przecięcie między kleszczykami; zaciśnięcie i przecięcie więzadła obłego. Następnie więzadło szerokie odcina się w dalszym ciągu aż do okolicy brzegu macicy, poczem przecina się poprzecznie otrzewną na granicy pęcherza i trzonu macicy i zsuwa sie ją do przodu, odsłaniając pecherz. Podobnie przecina się otrzewną poza macicą i odciąga jej tylny brzeg do tyłu dla uwidocznienia więzadeł krzyżowo - macicznych, moczowodu prawego i tętnicy macicznej prawej. Moczowód wyosabnia się od góry ku dołowi aż do miejsca skrzyżowania z naczyniami macicznemi i dalej do pęcherza; te ostatnie podwiązuje sie jak najdalej od macicy, poczem—idąc od ściany miednicy kuwewnątrz — wypreparowuje sie i odsuwa ku macicy wszystkie znajdujące sie tutaj gruczoły chłonne z luźną tkanką łączną.

W ten sam sposób przecina sie więzadło szerokie i obłe, podwiązuje naczynia, odsłania moczowód i wypreparowuje gruczoły chłonne — po stronie lewej.

Wówczas oddziela sie od pęcherza ścianę przednią pochwy jak najniżej i odcina jak najdalej od macicy tylną blaszkę więzadła szerokiego i więzadła szerokiego i więzadła krzyżowo-maciczne, co umożliwi odrazu wydatne podciągnięcie macicy ku górze i oddzielenie ściany pochwy ze wszystkich stron do miejsca poniżej najniższego punktu części pochwowej. Po dokładnem zatamowaniu krwawienia puszcza się w ruch aspirator, umieszczony w pochwie, który spowoduje spadnięcie się jej ścian. Wtenczas między zaciskadłami przecina się pochwę, odrzuca jej odcinek górny wraz z macicą, przypala żegadłem jej odcinek obwodowy, zdejmuje zaciskadło dolne, brzegi pochwy chwyta się w kleszczyki Museux i do jej światła wprowadza się gruby sączek gazowy, którego koniec górny rozpościera się w małej miednicy. Jednocześnie usuwa się z pochwy aspirator jako już niepotrzebny. Zaraz po tem układa się na sączku esicę i przyszywa jej brzeg do ściany miednicy małej i otrzewnej pęcherzowej, oddzielając w ten sposób szczelnie górną jamę otrzewnową od pola operacyjnego.

Ścianę brzucha zaszywa sie doszczętnie szwem 3-piętrowym. Zabieg powyżej opisany cechują: zredukowanie do minimum niebezpieczeństwa zakażenia z pochwy, niepodwiązywanie tętnic podbrzusznych i niezakładanie worka Mikulicza.

Postaci ambulatoryjne ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego (La forme ambulatoire de l'appendicite aigue). O u d a r d. *La Presse Méd. Nr. 43, czerwiec 1930.*

Przypadki krótkotrwałych, parogodzinnych napadów zapalenia wyrostka robaczkowego o tak nikłych objawach klinicznych, że chorzy często nawet nie przerywają swych zwykłych zajęć, są naogół częste i znane ogólnie. Rzadszemi są bez porównania, jakkolwiek nierównię ważniejszemi, te postaci ostrego zapalenia wyrostka, które pomimo skrytego przebiegu klinicznego, doprowadzają w krótkim czasie do ciężkich powikłań tak, że chorzy tacy zgłaszają się do lekarza (ambulatoryjnie) często już z ropniem przywyrostkowym lub rozlanem zapaleniem otrzewnej. Autor spostrzegał i operował 7 tego rodzaju przypadków; w czterech — przy operacji stwierdzono obecność guza zapalnego, złożonego

z wyrostka, sieci, kątnicy i dolnego odcinka krętnicy, lub ropnia przywyrostkowego, w trzech zaś pozostałych — rozlane zapalenie otrzewnej z dużą ilością cuchnącej ropy.

Przypadki te należą do grupy zapalenia wyrostka o objawach poronnych, które ograniczają się tutaj do lekkich bólów i umiarkowanej bolesności uciskowej w okolicy prawego talerza biodrowego i niewielkich mdłości; przyczem może nie być tu ani napięcia mięśniowego powłok brzusznych, ani większej gorączki, ani jakichkolwiek innych objawów zapalenia otrzewnej. U chorych tych znajdywano czasami obrzmienie zapalne gruczołów chłonnych w pachwinie, a w wywiadach — wzmiankę o biegunkach, które towarzyszyły początkowym objawom choroby. Objawy te jeszcze bardziej zaciemniały właściwe rozpoznanie w tego rodzaju przypadkach.

To niereagowanie chorych tych objawami klinicznemi na daleko posunięte zmiany anatomiczne w wyrostku można by tłumaczyć ich niewrażliwością na jad prątków okrężnicy i ewentualnie drobnoustrojów gnilnych, tak jak są osobniki niewrażliwe np. na alkohol. Przypadki wyżej omówione są analogiczne do tych przypadków duru brzusznego, w których pierwszym objawem klinicznym bywa przedziurawienie jelita lub krwotok kiszkowy.

Nowoczesne leczenie zakażeń ogólnych (Le traitement moderne des septicémies). Mignot. *La Presse Méd. Nr. 38, maj 1930.*

Arsenał środków, jakiemi rozporządza lekarz w walce z zakażeniem ogólnem ustroju, jest pozornie bardzo bogaty. W rzeczywistości jednak są to środki naogół niepewne w swem działaniu, o mechaniźmie leczniczym często zupełnie nieznanym. Ich stosowanie lecznicze jest często oparte wyłącznie na doświadczeniu klinicznem, bez odpowiedniego uzasadnienia teoretycznego.

Autor robi przegląd całego szeregu ogólnie stosowanych tego rodzaju środków farmakologicznych, określając dla każdego z nich wskazania i wyniki lecznicze.

Zaznaczywszy na wstępie konieczność opanowania pierwotnego ogniska zakażenia (dobre wyniki po stosowaniu miejscowem przesączów Besredki), przechodzi zaraz do leczenia ogólnego.

1. Środki, wzmagające produkcję ciałek białych krwi: ropień sztucznie wywołany przez wstrzyknięcie podskórne (boczna powierzchnia uda) 1 — 2 cm³ terpentyny (Ol. Terebinthinae) lub ropy jałowej z wywołanego w ten sam sposób ropnia sztucznego u konia; wstrzykiwania podskórne nukleinianu litu czyli t. zw. fizjosteniny (physiosthenine) w ilości 20 cm³ na dawkę; wreszcie — wstrzykiwania dożylne mieszaniny wyciągu z igieł jodłowych, kamfory, balsamu peruwiańskiego, tymolu i innych środków (według *Jentzera*). Najwięcej zwolenników ma metoda wywoływania sztucznych ropni jałowych, która ma poza tem pewne znaczenie prognostyczne — przypadki, w których udało się wytworzyć dobrze sformowany ropień, dają rokowanie bezwzględnie dobre, tam zaś, gdzie ropień nie powstał, rokowanie jest złe.

2. W celu wywołania leczniczego wstrząsu koloidoklastycznego wprowadza sie dożylnie względnie domięśniowo: metale koloidalne (srebro, złoto, rodan), obce białko (surowicę zwierzęcą, krew ludzką z cytrynianem sodu, mleko krowie, roztwór kazeiny lub peptonu), wreszcie — roztwory niektórych krystaloidów. Jest to środek heroiczny i winien być stosowany wyłącznie w przypadkach ciężkich, w których wszelkie próby ratowania chorego będą wskazane. Przeciwskazany jest w przypadkach zapalenia wsierdzia.

W ten sam sposób, tylko łagodniej, działa autohemoterapja — wstrzyknięcie domięśniowo 10 cm³ własnej krwi chorego w tej chwili po jej pobraniu.

3. Leczenie bakterjologiczne polega w pierwszym rzędzie na wprowadzaniu dożylnem, domięśniowem, podskórnem, dordzeniowem i miejscowo surowicy swoistej w dostatecznie dużej dawce; najmniej pewnie działa surowica przeciwpaciorkowcowa i przeciw dwoinkom zapalenia płuc. Leczenie szczepionkami (stock - vaccin, przesącze Besredki) w przypadkach zakażenia ogólnego daje mniej pewne wyniki.

Podobne działanie ma przetaczanie krwi wogóle, ewentualnie—krwi osobnika, uodpornionego przeciw danym drobnoustrojom.

4. Wreszcie pozostał jeszcze obszerny dział środków chemicznych, mających działać bakterjobójczo, stosowanych przez różnych lekarzy z różnem powodzeniem. Są to: salicylan sodu (dożylnie), septisemina (połączenie forminy z jodem — stosowana z powodzeniem w zakażeniach połogowych), 4% roztwór siarczanu amoniakalnego miedzi, kakodylan sodu, nowarsenobenzol (zakażenia połogowe) błękit metylenowy, merkurochrom 220 (zakażenia gronkowcowe i prątkiem okrężnicy) trypaflawina czyli gonakryna (endocarditis lenta, dur brzuszny, rzeżączka), optochinon (przeciwko dwoinkom zapalenia płuc), jatren i inne.

Leczenie zachowawcze gruźlicy chirurgicznej sposobem Finikoffa. (Le traitement des tuberculoses chirurgicales par la méthode de Finikoff). Zalewski (Lwów). *La Presse Méd. Nr. 46, czerwiec 1930.*

Myślą przewodnią tego sposobu leczenia jest wzmocnienie ustroju w jego walce z zakażeniem gruźliczem, przez zwiększenie własności lipolitycznych krwi, i proteolitycznych— białych ciałek wielojądrzastych. Osiąga sie to na drodze wstrzykiwań domięśniowych mieszaniny oliwy i nalewki jodowej, przygotowanej na poczekaniu. Finikoff leczył tym sposobem 100 przypadków gruźlicy chirurgicznej i tylko w 6% nie uzyskał wyraźnej poprawy.

Autor pracy niniejszej zastosował metodę *Finikoffa* w 16 przypadkach gruźlicy kostno-stawowej, gruczołów chłonnych i najądrzy u osobników młodych. U wszystkich bez wyjątku wyniki ostateczne były bardzo dobre, jakkolwiek z początku czasami nasilało się ropienie z przetok i odnawiały się niektóre ogniska nieczynne. Całkowity okres leczenia wynosił 5 — 10 miesięcy. Autor wstrzykiwał domięśniowo w przerwach tygodniowych 5 — 20 cm² mieszaniny oliwy z jodyną, przygotowanej na poczekaniu, stosując dawkę do stanu ogólnego chorych i rozległości zmian chorobowych. Wstrzykiwania te uzupełniał podawaniem doustnem 6—8 g. chlorku wapnia dziennie. Objawów ubocznych, miejscowych ani ogólnych, nie miewał nigdy.

Leczenie to cechuie się prostotą wykonania, względną krótkotrwałością i doskonałemi wynikami ostatecznemi; poza tem pozbawione jest ryzyka

rozsiania się gruźlicy po całym ustroju i powstania zniekształceń i zesztywnień miejscowych, właściwego krwawym sposobom leczenia gruźlicy chirurgicznej. A także jest najbardziej logicznem i najlepiej odpowiadającem współczesnym poglądom naukowym na gruźlicę chirurgiczną=jako miejscowego przejawu zakażenia ogólnego.

Leczenie operacyjne raka odbytnicy ze szczególnem uwzględnieniem operacji Kraskego (Traitement du cancer du rectum. Opération de Kraske—exérèse par voie sacrée avec conservation du sphincter). Pauchet. *Bull. et Mem. de la Soc. des Chirurgiens de Paris. XXII Nr. 4, luty 1930.*

Operacje z powodu raka odbytnicy można ująć w cztery zasadnicze grupy.

I. Operacje brzuszno-kroczowe — są technicznie łatwe i dają najlepsze wyniki, jeśli uwzględniać wyniki późne; jednakże poświęcają odbyt naturalny, pozostawiając na stałe odbyt sztuczny w okolicy lewego talerza biodrowego, i dają nagół dużą śmiertelność pooperacyjną (15 — 20%). Wskazane są wyłącznie u osobników dostatecznie silnych i szczupłych. Autorowi wydają się zbyt ryzykowne jak na tę problematyczną korzyść długotrwałego wyleczenia.

II. Operacje kroczowe, wykonane rozlegle—są zabiegiem dobrotliwym bez względu na rozległość zmian nowotworowych; poświęcenie odbytu naturalnego i pozostawienie na stałe sztucznego — jak wyżej, ale śmiertelność pooperacyjna wynosi tylko 5%, a wyniki późne są zupełnie dobre gdyż po 5 latach 50% chorych pozostaje przy życiu.

III. Operacja Hochenegg-Kraske cechuje się pozostawieniem odbytu naturalnego, ale wskazaną jest tylko w przypadkach raka wysoko umiejscowionego (powyżej opuszki odbytnicy), śmiertelność pooperacyjna wynosi 11%, wyleczenie powyżej 6 lat — 30%. Pozostawienie odbytu naturalnego opłaca, że się tak wyrażę, większą śmiertelność pooperacyjną i mniejszą odsetkę bardziej długotrwałego wyleczenia.

Jeśli w czasie operacji okaże się, że ze względu na krótkość esicy nie uda się połączyć odcinka dogłowowego z odbytem, należy go wszyć narazie w otwór skórny w okolicy krzyżowej; z czasem pod wpływem ruchów robaczkowych kiszki i parcia esica ulega wypadnięciu i wtórnie będzie ją można połączyć z odbytem kroczowym.

IV. W bardzo wczesnych przypadkach raka wycięcie odbytnicy wykonywa się jak operację Whiteheada, tylko bardziej rozlegle i szeroko; odbyt kroczowy zostaje naturalnie zachowany. Ogólnie można powiedzieć, że losy chorego na raka odbytnicy zależą w pierwszym rzędzie od tego, czy pierwszy wezwany doń lekarz zdołał rozpoznać cierpienie jako takie i czy zalecił odrazu właściwie leczenie.

Nowotwory wtórne kości. Przypadek raka kości stopy i goleni (Un cas d'épithéliome des os du pied et de la jambe secondaire a un cancer du sein, opéré depuis trois ans et non récidivé). Lé Fur. *Bull. et Mem. de la Soc. des Chrurgiens de Paris. XXII — Nr. 5, marzec 1930.*

Autor spostrzegał przypadek raka kości stopy i goleni, będącego przerzutem raka gruczołu piersiowego, operowanego przed 3 laty; u chorej tej rozpoznawano z początku gościec dnawy, później kiłę kości, zaburzenia odżywcze — zanim badanie drobnowidzowe pobranego skrawka nie wykazało utkania raka, o tym samym charakterze, co rak pierwotny sutka.

W związku z tym przypadkiem autor przypomina niektóre bardziej charakterystyczne szczegóły z anatomji patologicznej i kliniki raków kości.

Prawie wszystkie nowotwory wtórne kości są rakami, tak jak wogóle olbrzymia większość guzów kostnych u osobników powyżej 50 lat. Nowotwór pierwotny może długi czas pozostawać w ukryciu, czasami nawet do śmterci. Najczęstszem źródłem przerzutów kostnych bywa rak tarczycy, a nastepnie, — rak sterczu, nadnerczak i rak sutka. Przerzuty te w kościach rurkowatych bywają umiejscowione w części ośrodkowej trzonu, nigdy zaś nie wychodzą z okostnej; w kręgach rak umiejscawia się w trzonach kręgowych, nie przechodząc nigdy na chrząstki międzykręgowe (w odróżnieniu od gruźlicy). Zmiany kostne polegają tu przedewszystkiem na odwapnieniu, a następnie — na wessaniu tkanki kostnej, z jej przekształceniem włóknistem i — rzadziej—na jej uwapnieniu. Złamania samoistne w przebiegu raka kości długich zdarzają się bardzo często, goją się dosyć trudno.

Owe przerzuty kostne występują zwykle w 2—3 lata od początku schorzenia zasadniczego, pojedyńczo lub w liczbie mnogiej. Przy ich umiejscowieniu w kościach powierzchownych — czaszka, żebra, mostek, obojczyk — pierwszym objawem bywa zjawienie się guza; w kręgosłupie, który jest najczęstszem umiejscowieniem nowotworów kostnych wtórnych, przerzut zaznacza swoje istnienie uciskiem na rdzeń i korzonki; wreszcie w kościach długich pierwszym objawem bywa złamanie samoistne.

W rozpoznaniu za rakiem kości przemawia: wiek powyżej lat 50, umiejscowienie w środkowej części trzonu (w przeciwieństwie do guzów pierwotnych, kostniako-mięsaków, wychodzących o wiele częściej z okolicy nasad) i względna bezbolesność. Na kliszy rentgenowskiej widać zwykle szereg jasnych plam i pasm bardziej przezroczystych, poprzedzielanych pasmami ciemniejszemi (obraz zatokowaty). Nagół biorąc jednak, obrazy te mogą być bardzo różnorodne — rentgenologja guzów kostnych wtórnych nie daje objawów charakterystycznych.

Leczenie — wyłącznie objawowe, farmakologiczne; naświetlania rentgenowskie w przypadkach raków kostnych—nie przynoszą prawie żadnej poprawy, jeśli nie brać pod uwagę czynników psychicznych. Operacji (amputacji) można próbować w przypadkach, gdzie nowotwór pierwotny jest ukryty, albo jeśli złamanie samoistne kosci kończyny jest źródłem silnych i uporczywych bólów.

Przypadek uwięźnięcia esicy w zrostach okołowyrostkowych (Etranglement du colon pelvien par l'appendice, Occlusion intestinale. Gangrène). Croisier. *Bul. et Mem. de la Soc. des Chirurg. de Paris XXII Nr. 4, luty 1930.*

Autor spostrzegał i operował dosyć ciekawy przypadek ostrej niedrożności kiszek, niezwykły ze względu na zmiany, znalezione w czasie operacji,

Objawy niedrożności były zupełnie wyraźne i datowały się zaledwie od 12 godzin.

Po otwarciu brzucha wylała się spora ilość cuchnącego płynu surowiczokrwawego. Cała pętla esicy była dotknięta zgorzelą z powodu zaciśnięcia jej u podstawy przez wyrostek robaczkowy, skręcony w kształcie pętli i przyrośnięty do ściany kątnicy, i który również był w stanie zgorzeli. Autor wyciął wyrostek i zmienioną zgorzelinowo pętlę esicy, długości 45 cm, a obydwa kikuty okrężnicy zespolił bocznie. Ścianę brzuszną zaszył z pozostawieniem sączków gazowych. Chory zmarł po 12 godzinach.

Wgłobienie esicy do odbytnicy z powodu raka esicy. (Invagination subaigue du colon sigmoide dans le rectum provoque par un cancer sigmoidien). Laurent i Hautefort. *Bull. et Mem. de la Soc. des Chirurg. de Paris. XXII Nr. 5, marzec 1930.*

Wgłobienia u dorosłych przebiegają najczęściej pod postacią wgłobienia krętnicy do krętnicy, krętnicy do kątnicy, i wreszcie — krętnicy wraz z kątnicą do wstępnicy. Wgłobienia esicy do odbytnicy zdarzają się bardzo rzadko. W przypadkach tego ostatniego wgłobienia w wyborze odpowiedniego zabiegu operacyjnego należy się kierować następującemi przesłankami.

Pierwsze tempo operacji w każdym przypadku polega przedewszystkiem na wykonaniu odbytu sztucznego (anus iliacus).

Drugie tempo. I. Jeśli odcinek wgłobiony jest krótki i jego szczyt nie dochodzi do dołu Douglasa wgłobienie — ograniczone tylko do esicy, a sama esica jest dostatecznie długa, operacja polega na wycięciu odcinka kiszki, dotkniętego wgłobieniem, zespoleniu końców i wtórnem zamknięciu odbytu sztucznego. Ewentualnie można wyłonić całą chorą część kiszki nazewnątrz i następowo odciąć.

II. Jeśli wgłobienie jest ograniczone do esicy, ale sama esica jest krótka, to zabieg polega na wycięciu chorej części kiszki z zamknięciem obu otworów; sztuczny odbyt pozostaje na stałe (operacja Hartmanna).

III. Przy wgłobieniu wreszcie esicy do odbytnicy wykonuje się albo brzuszno-kroczowe wycięcie całej odbytnicy, (jeśli stan chorego na to pozwala), albo przecięcie esicy tuż powyżej miejsca wgłobienia z zamknięciem dogłowowego końca esicy, przecięciem ściany odbytnicy tuż poniżej miejsca wgłobienia, zawiązaniem górnego końca odcinka wgłobionego i, wreszcie, zamknięciem górnego końca odbytnicy — odcinek wgłobiony, leżący teraz luźno w odbytnicy, zostaje później wydobyty z niej przez rozszerzony odbyt.

Przy dostatecznie dł. giej esicy, po odseparowaniu górnego końca wgłobionego odcinka i wepchnięciu go całkowicie do obytnicy, górny koniec tej ostatniej można zeszyć z dogłowowym końcem esicy bout a bout, co pozwoli na następowe skasowanie odbytu sztucznego.

M. Czyżewski.

POŁOŻNICTWO I CHOROBY KOBIECE.

W jakim momencie ciąży ustala się główka płodu u pierwiastek?. (L'engagement de la tête foetale chez les primipares. A quel moment de la grossesse se produit-il?). Andérodias J. Mareille R. *Rev. Franc. Gynec. et Obstétr. t. 25, nr. 2, r. 1930.*

W dawnem położnictwie niepodzielnie panował pogląd, że główka płodu u pierwiastki ustala się już na 4 — 6 tygodni przed porodem. Jednakowoż w nowszych czasach podnoszą się w literaturze coraz to liczniejsze głosy korygujące powyższe zdanie i stwierdzające, że raczej reguła ta brzmieć powinna: główka płodu ustala się u pierwiastki w ciągu ostatnich 15 — 20 dni przed porodem, często nawet dopiero z początkiem akcji porodowej. Oczywista mowa tu o osobach zupełnie prawidłowo zbudowanych, z prawidłowym położeniem i ułożeniem płodu, jednym słowem — o ciąży i porodzie fizjologicznym.

Autorzy zbadali 193 osoby ciężarne, pierwiastki, pragnąc określić termin ustalenia się główki, jednocześnie obserwowali oni przebieg porodu w stosunku do omawianego terminu.

Grupa I. Główka ustaliła się w czasie porodu. Grupa ta zawierała 101 kobiet, co stanowi 52% całego materjału. W 25 przypadkach przyszło do za-

łożenia kleszczy, najczęściej niskich z powodu przedłużania się porodu lub ze względu na grożące obumarcie płodu.

Grupa II. Zawiera 67 kobiet (34%) u których główka ustaliła się dopiero w ciągu ostatnich 8 dni przed porodem, kleszcze zastosowano w 8 przypadkach co stanowi 12%.

Grupa III. Składała się z 15 rodzących, u których ustalenie się główki miało miejsce pomiędzy 15 — 7 dniem przad porodem. Operację kleszczową zastosowano zaledwie raz, co stanowi około 6%.

Wreszcie grupa IV, zawierająca osoby z główkami ustalonemi już na 15 dni przed porodem, czyli w pierwszej połowie X mies. księżycowego składała się zaledwie z 10 kobiet, co stanowi 5%.

Jak widać z powyższego typ ustalania się główki, uznawany do niedawna za klasyczny, jest raczej wyjątkowy, natomiast więcej jak w połowie z obserwowanych przez autorów przypadków do ustalenia się główki dochodziło dopiero w czasie porodu.

Stąd wniosek, że nie można objawowi temu nadawać znaczenie signi mali ominis jedynie liczyć się trzeba z większym prawdopodobieństwem wyczerpania macicy i co za tem idzie — z ewentualną koniecznością zastosowania kleszczy.

Cięcie cesarskie w dolnym odcinku w leczeniu krwawień z powodu łożyska przodującego. Studjum kliniczne oparte na 48 obserwowanych przypadkach. (La place de la cesarienne basse dans la therapeutique des hemorragies du placenta praevia. Etude clinique d'après 48 observations en serie continue). *Rev. Franc. de Gynec. et d'Obstétr. I, 25, nr. 2, 1930 r.*

Pomysł zastosowania cięcia cesarskiego w leczeniu krwawień, wynikających z przodowania łożyska, powoli znajdował swe zastosowanie we Francji głównie, z powodu rozpowszechnienia się cięcia cesarskiego w trzonie, a nie w dolnym odcinku. Dopiero od czasu kiedy ta ostatnia metoda operacyjna zyskała sobie powszechne prawo obywatelstwa — dopiero wtedy stosować poczęto na szerszą skalę cięcie cesarskie w leczeniu krwawień z łożyska przodującego.

Materjał autora składa się z 48 przypadków, dzielących się na dwie nierówne grupy. W pierwszej znajdowało się 36 kobiet (23 przed r. 1927, 13 po 1927 r.) leczonych metodami położniczemi przez drogi naturalne (per vias naturales). Rok 1927 był datą przełomową, gdyż do tego czasu stosowano w klinice w Bordeaux wyłącznie metody klasyczne, zaś od r. 1927 postępowano wybiórczo, przeznaczając do powyższej metody przypadki lżejsze, cięższe zaś rozwiązywano cięciem cesarskiem w dolnym odcinku.

Tych ostatnich było 12 i one to stanowią grupę drugą. Porównanie wyników obydwu grup przemawia bezwzględnie na korzyść grupy drugiej.

A więc w I gr. śmiertelność matek wyniosła 16,66% (6 przyp.), a śmiertelność płodów en bloc 69% (25 przyp.) po odjęciu zaś płodów niezdolnych do życia, lub zmarłych z przyczyn z porodem niezwiązanych, pozostaje 18 martwych dzieci, co stanowi dokładnie 50% śmiertelności związanej z samą metodą leczniczą. Wysoką śmiertelność tak matek, jak płodów przypisać należy ciężkości przypadków, gdyż ze statystyki a priori usunięto przypadki niskiego usadowienia łożyska, pozostawiając tylko bezwzględnie przypadki łożyska przodującego. Ciekawą jest rzeczą, że zmarłe kobiety wszystkie były wieloródkami, wbrew twierdzeniu klasycznemu, jakoby łożysko przodujące miało być komplikacją szczególnie groźną dla pierwiastek.

Autor tłomaczy sobie wspomniane wyżej spostrzeżenie tak ogólną mniejszą wytrzymałością wieloródek na anemję ostrą czy podostrą w porównaniu do pierwiastek, jak budową mięśniową szyji i dolnego odcinka. Mianowicie u wieloródki, jak to wykazał *Fieux*, elementy mięśniowe w dolnym odcinku i szyji są mniej elastyczne, mniej liczne, mniej kurczliwe. Stąd z jednej strony kusząca podatność ujścia, która zachęca położnika do zabiegu, do śmiałego szybkiego otwarcia ujścia macicy, z drugiej zaś strony skłonność do rozłażenia się tkanki nadrywania się w wielu miejscach, potem krwawiących, zamiast jednego pęknięcia szyji pierwiastki, elastycznej, muskularnej, która kurczy się znakomicie i przestaje krwawić jak tylko odtworzymy operacyjnie jej dawną ciągłość.

Oczywista czynnik zakaźny odgrywa w śmiertelności kobiet z placenta praevia dużą rolę, a związany on jest niewątpliwie z licznemi badaniami wewnętrznemi i manipulacjami, jakie wykonać trzeba przy rozwiązywaniu rodzącej, czy ciężarnej per vias naturales.

Wyniki drugiej grupy przedstawiają się wyśmienicie, skoro na 12 kobiet nie zmarła ani jedna. Prawda, że z 12 dzieci wydobyto 9 żywych, troje martwych, ale zmarły one przed porodem. Połóg przebiegał po cięciu cesarskiem znacznie lepiej niż po rozwiązaniu klasycznem położniczem. Reasumując, dodać należy, że na 12 kobiet II gr. śmiertelność matek wynosiła 0, wtedy, kiedy na 13 kobiet rozwiązywanych w tym samym czasie (po 1927 r.) per vias naturales — zmarło 2. Postępując według autorów, to znaczy wybierając jedne przypadki do cięcia cesarskiego, inne do metod klasycznych położniczych natrafia się na wielką trudność: brak kryterjum do oceniania ciężkości przypadków. Po przejrzeniu rozmaitych danych w tej sprawie autorowie zwracają przedewszystkiem uwagę na czynność układu krążenia, jego zdolność adoptacyjną do zmienionych warunków ostrej niedokrwistości. Badania oscylometryczne (Pachon) oddają w tym kierunku niezaprzeczone usługi. Dalej należy zdaniem autorów przebić pęcherz płodowy w tych przypadkach, gdzie się to uda, aby w ten sposób ocenić; czy przypadek nie ma tendencji do rozwiązania się samoistnego, oczywista po ustaniu krwawienia, na skutek uciśnięcia łożyska przez część przodującą płodu. Wynik ujemny powyższej próby zmusza nas do wykonania cięcia cesarskiego, gdyż poród per vias naturales zapowiada się bardzo ciężko. Oczywista odnosi się to do przypadków, w których płód jest zdolny do życia; poniżej $7\frac{1}{2}$ mies. ciąży należy iść raczej przez drogi naturalne, gdyż i na płodzie nam nie zależy, i wielkość jego rokuje lepsze nadzieje przeprowadzenia szczęśliwego porodu bez uszkodzenia miękkich części matki.

Accouchement forcé ze znieczuleniem lędźwiowem (*Delmas*) stosować nie należy z powodu kruchości dolnego odcinka: natomiast można użyć tego znieczulenia przy cięciu cesarskiem z wyłączeniem jednak osób bardzo wykrwawionych, u których podniesienie ciśnienia mogłoby się fatalnie odbić na krwawieniu i co zatem idzie — stanie ogólnym chorej,

Reasumując autor dochodzi do wniosku, że przy ciąży donoszonej ze zdolnym do życia płodem, albo poród winien odbyć się samoistnie, albo należy zrobić cięcie cesarskie. Przebicie pęcherza płodowego służy jako zabieg próbny, określający konieczność operacji.

Zachowanie się w przypadkach przedwczesnego odklejenia się łożyska. (Conduite a tenir en presence d'une hemorragie retroplacentaire). Balard P. Mahon R. *Rev. Franç. Gyn. Obstetr, T. 25 N. 2 1930.*

Analizując 32 przypadki przedwczesnego odklejenia łożyska, normalnie usadowionego, obserwowane w klinice położniczej w Bordeaux od r. 1900 i polemizując głównie z pracą *Couvelaire'a* i *Portes'a* autorowie dochodzą do następujących wniosków:

Przedewszystkiem nie należy wydzielać z grupy przedwczesnego odklejenia łożyska t. zw. apoplexia placentae. Ta ostatnia polegać ma na przenikaniu krwi z krwiaka poza-łożyskowego do mięśnia macicy, niekiedy aż do surowicówki. Stan ten anatomicznie stwierdzić można jedynie w przypadkach operowanych lub zakończonych zejściem śmiertelnym, główną cechą kliniczną ma być brak kurczliwości macicy po porodzie.

Autorowie nie zgadzają się z istnieniem różnic wyżej wymienionych, a w każdym razie nie mają one praktycznego znaczenia.

W leczeniu omawianego stanu chorobowego stopniować należy powagę i radykalność zabiegu w zależności od ciężkości przypadku, a także biorąc pod uwagę czy płód jeszcze żyje.

W przypadkach niezbyt ciężkich, przy dobrym stanie ogólnym rodzącej, wyprobować należy zdolność macicy do kurczenia się zapomocą przebicia pęcherza płodowego. W pewnej liczbie przypadków zabieg ten ma wpływ wprost znakomity, napięcie macicy znika, następują regularne i energiczne skurcze i wkrótce następuje samoistny i dość gwałtowtowny poród. W przypadkach tych praktycznie nie ma powodu obawiać się o niedowład macicy po porodzie, gdyż dobre bóle porodowe łączą się zazwyczaj z prawidłowem obkurczeniem się macicy po porodzie. O ile jednak przebicie pęcherza płodowego zawodzi, należy poniechać wszelkich prób rozwiązania rodzącej per vias naturales, gdyż jest to bardzo niebezpieczne, należy natomiast natychmiast przystąpić do rozwiązania cięciem cesarskim z pozostawieniem macicy tylko wtedy, jeżeli już przy otwartym brzuchu kurczy się ona prawidłowo.

W ciężkich przypadkach należy odrazu przystąpić do wycięcia macicy per laparatomiam. Podobnie postąpić należy, jeżeli macica nie kurczy się po porodzie i walczyć musimy z ciężkim krwotokiem. Bezwzględnym wskazaniem do cięcia cesarskiego jest stwierdzenie, że płód żyje jeszcze, pomimo częściowego, prawdopodobnie przedwczesnego, odklejenia się łożyska. Jak widać z powyższego w zasadzie wszystkie przypadki omawianego powikłania winny być załatwiane w klinikach, lub zakładach leczniczych.

Krwawienie z ciałka żółtego. (Les hemorragies du corps jaune). Guyot J., Villar J. *Rev. Franc. de Gynec. et d'Obstétr. T. 25, Nr. 2.*

Z powodu dwu obserwowanych przez się przypadków podają autorzy dokładny przegląd obecnego stanu poglądów na krwawienie z jajnika, ściśle mówiąc z ciałka żółtego.

Omawiając te tylko postacie, w których przychodzi do znacznego wylewu krwi do otrzewnej, autorowie zwracają główną uwagę na rozpoznanie różniczkowe w stosunku do ciąży pozamacicznej. O krwawieniach z ciałka żółtego pamiętać należy, skoro mamy do czynienia z choremi dziewicami, z bardzo młodemi dziewczętami.

Objawem zwracającym naszą uwagę w kierunku krwawień z ciałka żółtego jest stwierdzenie już przebytych w przeszłości paru napadów podobnych do obecnego. Odróżnia to w sposób zdecydowany sprawę tą od ciąży pozamacicznej. Nie brak dalej krwawień miesięcznych. Miesiączka nie wypada, jak w ciąży pozamacicznej, zazwyczaj jest ona tylko nieregularna.

Krwawienie występujące w graviditas extrauterina zazwyczaj w okresie miesiączkowym, tu przychodzi albo na 10—12, albo na 20—22 dzień po miesiączce. Zmiany przedmiotowe, stwierdzone badaniem przedmiotowym, zazwyczaj nie odpowiadają terminowi przypuszczalnej ciąży pozamacicznej, są one mniejsze niż by przupuszczać należało.

Natomiast sam trzon macicy powiększa się w przypadkach krwawień z ciałka żółtego o tyle, że budzi niekiedy poderzenie, co do ciąży wewnątrz macicznej.

Leczenie polega na operacyjnem usunięciu krwawiącego jajnika, albo jego części i na odpowiedniem zaopatrzeniu.

Oczywista, odnosi się to tylko do przypadków, w których krwawienie do jamy otrzewnej jest znaczne.

Baczną uwagę zwracać należy na drugi jajnik, gdyż dość często zmiany omawiane mogą być dwustronne.

Wczesne lub różniczkowe rozpoznanie ciąży za pomocą test'u na myszkach (Le diagnostic précoce ou différentiel de la grossesse par le test-souris). Kreis J. *Rev. Franc. Gynec. Obstétr. T. 25. Z. 3.*

Próba rozpoznawcza ciąży na myszkach według *Zondeka i Aschheima* daje dobre wyniki i jest dość łatwa w przeprowadzeniu, wymagając jedynie licznej hodowli myszek, pozwalającej na uzyskanie w potrzebnej chwili dostatecznej ilości niedojrzałych myszek-samic.

Autor zastosował omawianą próbę w następujących przypadkach:

z wynikiem dodatnim:

1) torbiel jajnika i stwierdzona ciąża,
2) ciąża 6-io tygodniowa, początkowo wątpliwa, stwierdzona następnym rozwojem prawidłowym.
3) ciąża w rogu, imitująca mięśniak, stwierdzona przez dalszą obserwację,
4) liczne mięśniaki macicy i 5-io miesięczna ciąża.
5) ciąża trąbkowa dwumiesięczna, stwierdzona za pomocą laparatomji,
6) przypadek, jak poprzedni,
7) ciąża 6—7 tygodniowa i gruźlica płuc, dalszej obserwacji brak;
8) ciąża 2 — 3 miesięczna; dalsza obserwacja potwierdziła w zupełności rozpoznanie;
9) ciąża 6 — 8 tygodniowa, dalszej obserwacji narazie brak.

Z wynikiem ujemnym:

1) Macica powiększona, guzy przydatków obu-

stronne, brak krwawień miesięcznych. Obserwacja 3-ymiesięczna wykazała zmniejszenie się guzów, a laparatomja zaprzeczyła podejrzeniu ciąży.

2) Macica powiększona, dwumiesięczna przerwa w miesiączkowaniu, które jednak powróciło, a macica przy dalszej obserwacji nie wzrosła więcej.

3) Siedmiomiesięczna ciąża z obumarciem płodu, potwierdzonem podczas rozwiązywania ciężarnej.

Jak widać z powyższego, próba *Zondek-Aschheima* dała autorowi wyniki zgodne z obserwacją kliniczną, co potwierdza znaną ogólnie wartość rozpoznawczą metody. Oczywista, zastosowanie praktyczne będzie zawsze ograniczone trudnościami natury technicznej, tem nie mniej znaczenie ogólno biologiczne jest już teraz niezaprzeczalne, niestety, jak dotychczas, trudne do ścisłego wyjaśnienia teoretycznego.

Rozpoznanie pękniętej ciąży pozamacicznej i sposób postępowania w tych przypadkach. (Diagnostic de la rupture de la grossesse extra-utèrine et conduite a tenir). Begouin. *Rev. Franc. Gynec. et Obstétr. T. 25. Z. 2.*

Nie wnosząc do piśmiennictwa nic nowego autor omawia w żywej i zajmującej pracy objawy i leczenie pękniętej ciąży pozamacicznej.

Z objawów zwraca uwagę na bladość z odcieniem lekko żółtaczkowym, na anamnezę, z której dowiadujemy się o zatrzymaniu się miesiączki z następowem krwawieniem nieregularnem, o nagłym bólu w dole brzucha z jednoczesnem zemdleniem. Rozpoznanie różniczkowe często waha się pomiędzy ciążą pozamaciczną, a podostrym zapaleniem przydatków; pomocnem bywa w trudnych przypadkach rozpoznawcze nakłucie zatoki Douglasa przez tylne sklepienie pochwy. Z metod laboratoryjnych przedewszystkiem pamiętać należy o badaniu morfologicznem krwi, które jednak niekiedy tylko daje wynik typowy, a tym będzie wybitna leukocytoza przy małej ilości czerwonych krwinek i przy braku wysokiej ciepłoty ciała.

Leczenie polegać winno na natychmiastowej operacji i to tak w przypadkach ostrej niedokrwistości, jak również tam, gdzie pierwszy wylew krwi do jamy brzusznej nie był bardzo znaczny; pamiętać należy, że zwłaszcza w terminach miesiączkowych przyjść może do nowego krwawienia, tym azem śmiertelnego.

Groźne objawy w przypadkach pęknięcia ciąży pozamacicznej nie są współmierne z krwotokiem. (Le cataclysme dans la rupture de la grossesse extra uterine n'est pas function de l'hemorragie). Joanneney G., Rosset—Bressand. *Rev. Franc. Gynec. et Obstetr. T. 25 Nr 2, 1930.*

Przytaczając dla przykładu dwa obserwowane przez się przypadki, autorzy zwracają uwagę, że groźne objawy w przypadkach pękniętej ciąży poza macicznej, jak to: omdlenie, wymioty, tętno nitkowate, duszność, podrażnienie otrzewnej, są skutkiem przedewszystkiem zaburzeń natury nerwowej, nie zaś niedostatecznego wypełnienia naczyń krwionośnych i są one najzupełniej niewspółmierne z ilością krwi, bezwzględną, czy względną (w stosunku do całej ilości krwi danego osobnika) wylaną do jamy otrzewnowej. Wysunąć należy w tłomaczeniu tych objawów na plan pierwszy shok otrzewnowy, pochodzenia odruchowego, i o charakterze nerwowym, a nie krążeniowym. Nic więc dziwnego, że zdarzają się niewielkie, krwotoki brzuszne dające groźne objawy, ale i odwrotnie — znaczne wylewy krwawe, przebiegające przy b. dyskretnych objawach klinicznych. Pamiętać o tem należy zawsze wtedy, kiedy wskazania do operacji wydają się na zasadzie stanu ogólnego wątpliwe, a rozpoznanie ciąży pozamacicznej zdaje się być dobrze ugruntowane.

Fotografje macicy i jajowodów z wprowadzeniem lipiodolu; nie zauważone przebicie jajowodu, wycięcie macicy, sprawdzenie radiograficzne stanu wyciętych narządów po operacji. (Lipiodol intra — utérin, perforation tubaire mèconnue; hysterectomie, verification radiographique utero-tubaire post opératoire). Villar J. *Rev. Franc. Gynec. et Obstetr. T. 25 Nr 2, 1930.*

Ostrożnie wykonana (bez manometru) hysterosalpingografia spowodowała, zdaniem autora, pęknięcie jajowodu z otworem grubości światła igły do injekcji, przez który przesączał się lipiodol, dając na kliszy rentgenowskiej obraz jakby jeziorka, wylanego tuż przy rogu macicy. Pacjentka odczuła ostry ból. Pomimo to nierozpoznano istotnego stanu ani przed, ani w czasie operacji wycięcia macicy dokonanego z innych przyczyn (zmiany zapalne przydatków). Dopiero radjografja preparatu wyciętej macicy wraz z trąbkami wykazała omawiane wyżej pękniecie.

Wnioski wyciąga autor z tej operacji następujące: 1) dobrze jest napełniać macicę pod kontrolą manometru, aby mieć potem pewny liczbowo stwierdzony wymiar siły zużytej przy histerografji. 2) unikać należy omawianego badania w przypadkach choćby nieco zakażonych. 3) zwrocić uwagę przy badaniach teoretycznych na pobudzenie elektryczne odcinków mięśnia macicy nastrzykiwanej.

(Pęknięcie jajowodu nie jest dość pewnie udowodnione. przyp. r e f e r.)

Badanie statystyczne i porównawcze w sprawie wycięcia mięśniaków. (Etude statistique et comparative sur la myomectomie). Keller R., Bohler E. *Rev. Franç Gynec et d'Obstètr T, 25 Z. 3.*

Na zasadzie 60.000 przypadków operowanych tak radykalnie, (wycięcie macicy lub jej nadpochwowe odcięcie), jak zachowawczo, (wyłuszczenie sposobem Martin'a) autorowie dochodzą do następujących wniosków, ujętych w formie możliwie jak najkrótszej:

1) Wyniki bezpośrednie:
- śmiertelność po nadpochwowem odcięciu macicy 2%
- śmiertelność po całkowitem wycięciu macicy . . . . 3—4%
- śmiertelność po wyłuszczeniu mięśniaków poniżej 2%
- śmiertelność po pochwowem wycięciu macicy 3%
- śmiertelność po pochwowem wyłuszczeniu mięśniaków . . . . . 2—3%

2) Różne następstwa:

A. Po zabiegach radykalnych:

a) usunięcie dolegliwości prawie we wszystkich przypadkach (ponad 90%).

b) całkowita zdolność do pracy w 90 — 98% przypadków,

c) nawroty nie są znane.

B. Operacje zachowawcze;

a) wielka częstość nawrotów. Średnio zdarzają się one w 10% przypadków; najlepsze statystyki wykazują 1 przypadek na 200, gorsze około 30%.

b) Dolegliwości pierwotne pozostają nadal w przeszło 30% przypadków. Występują ponadto niekiedy nowe dolegliwości.

c) Krwawienia utrzymują się nadal w bardzo rozmaitym odsetku przypadków, wskazać tu można na dwie krańcowo różne w wynikach statystyki, a mianowicie, *Bonney'a* który krwawień po operacji nie widywał, nigdy, i *Serdjukoff'a*, który je stwierdzał zawsze. Pozostali autorowie wykazują krwawienia po operacyjnem wyłuszczeniu mięśniaków mniej więcej w 30% przypadków.

d) zajście w ciążę po zabiegu zdarza się w 5 — 30% przyp., średnio w 10%. Znaczna ilość operowanych nie cierpiała bynajmniej na bezpłodność przed operacją.

e) Wyłuszczenie mięśniaków macicy w czasie ciąży daje około 2,5% śmiertelności. Ciąża ulega przerwaniu zaledwie w 20%. 50% operowanych donosiło ciążę i urodziło jak wykazano w statystykach. Pęknięcie macicy w czasie porodu po wyłuszczeniu mięśniaków jest b. rzadkie.

T. Zawodziński.

CHOROBY UCHA, GARDŁA I NOSA.

O śmierci nagłej osesków po bronchoskopji (De la mort rapide des nourissons après bronchoscopie). Moreau. *Revue de laryngologie, d'otol., t. 50, nr. 19, 1929.*

Autor i inni opisali już szereg przypadków nagłej śmierci osesków wśród objawów ostrej hyperpyrezy do 42° po zabiegach — nawet najbanalniejszych np. po nakłuciu ropnia w miejscowem znieczuleniu. Wszelakie próby wyjaśnienia tych wypadków są dotąd niezadowalające. Do tej serji dołącza autor wypadek śmierci w 12 godzin po bronchoskopji górnej i dolnej (tj. z rozcięciem tchawicy i usunięciem ziarna kawy zaaspirowanego do początku lewego oskrzela. Sekcja wykazała w tym przypadku w obu nadnerczach w częściach rdzeniowych zwłaszcza w lewej nekrozę niemal całej tkanki komórkowej. Mogłoby wtedy rozchodzić się zdaniem autora o upośledzenie w wytwórczości adrenaliny, tem bardziej, że pod każdym innym względem wynik sekcji był ujemny. Jakkolwiek fakt ten nie tłomaczyłby jeszcze mechanizmu zejścia śmiertelnego, zasługuje jednak na uwagę. Inne przypuszczenia jak ostra acetonemia, podłoże gruźlicze i t. d. nie wytrzymują krytyki. Naogół etiologia tej grupy zgonów pozostaje nadal ciemną. Przy tej sposobności wskazuje autor na sposoby fizykalne umiejscowienia strony ciała wzgl. drzewa oskrzelowego, po której znajduje się ciało obce i na zawodność, a nawet niekiedy paradoksalność wyników prześwietlenia rentgenologicznego.

Surowicze zapalenie opon pochodzenia usznego występujące pod obrazem ropnia móżdżkowego. (De la meningite séreuse otogène simulant l'abscès cérébelleux). Ferreri. *Jw. nr. 21, 1929.*

Autor wykazuje na przypadku leczonym i operowanym w 1927 roku, jak przy pomocy subtelnej analizy objawów wchodzącej w zakres metodologji otiatrycznej można było zachwiać rozpoznanie czysto neurologiczne ropnia móżdżkowego, a uprawdopodobnić rozpoznanie surowiczego zapalenia opon. Zabiegi potwierdziły rozpoznanie otoneurologiczne, a pacjent definitywnie, — ze względu na dobrotliwość tej formy schorzenia opon, z zachowaniem nieznacznych objawów, jak zawroty wyzdrowiał po przebyciu 1) antrotomji, potem 2) operacji doszczętnej ucha, a wreszcie — właśnie w okresie podejrzenia na ropień móżdżkowy — 3) dekompresji ze zwykłem nacięciem opon twardych móżdżku połączonej. Po tym zabiegu, po odpływie znacznych mas płynu surowiczego i czasowym setonażu podoponowym, stopniowo wszystkie objawy się cofnęły. Opis szczegółów metodologji badania różniczkowego przekracza ramy referatu.

Wyłuszczenie migdałków w niektórych cierpieniach ostrych migdałkowych. (L'exstirpation totale des amygdales dans quelques — uns de leurs processus aigus). G. Basavilbaso *jw. nr. 22, 1929.*

Jako dyrektor kliniki w Buenos-Ayres spostrzegał autor szereg ostrych spraw migdałkowych, które szczegółowo opisuje i w których czuł się uprawnionym do wyłuszczenia migdałków w okresie ostrego zapalenia. Autor rozróżnia dwa rodzaje wskazań. Pierwszem jest ostre zapalenie migdałków ekscesywnie powiększonych, tak iż, stykając się w linji środkowej powodują groźny stan duszności. W tym wypadku, w dylemacie między tracheotomją, a wyłuszczeni m, autor wybierał to ostatnie, ze skutkiem znakomitym i natychmiastowym. W niektórych wypadkach z bardzo znacznym przerostem adenoidów (u dzieci) usuwał równocześnie trzeci migdałek. Drugą grupę stanowią ostre zapalenia migdałków wypełnionych licznymi małymi ropniami. Autor podkreśla, że do wskazania jest warunkiem, że peritonsilia są wolne od zmian, ograniczających się wyłącznie do miąższu samych migdałków. Zdaniem ref. tylko pierwsza grupa wskazań nie podlega żadnej dyskusji. Druga, obejmująca w kazuistyce autora zaledwie jeden przypadek, musiałaby być jeszcze rozważoną i potwierdzoną. Ciekawszem, aniżeli samo wskazanie, zachodzące w naszym materjale bardzo rzadko, jest doświadczenie kliniczne iż wyłuszczenia takie w wypadkach autora (było ich 4) nie powodowały ani krwawienia nadmiernego (raczej mniejsze niż na zimno), ani żadnych powikłań zakaźnych i gładko się goiły. Autor przeprowadzał zabiegi w znieczuleniu miejscowem nowokainą, wychodząc z założenia, że tkanka okołomigdałkowa, w którą wstrzykiwał jest wolną od zakażenia. Szczegółowej techniki nie podaje. Z przeciwwskazań wylicza autor zmiany peritonsilarne, dyfterję, szkarlatynę, różę gardła i wreszcie infekcje streptokokowe. Podczas gdy wyliczone przeciwwskazania bez ostatniego są zupełnie jasne, to po uwzględnieniu ostatniego nasuwają się dwa pytania. Pierwsze, czy przeciwwskazanie to nie zacieśnia wskazań niemal do zera?. A drugie, czy w tak nagłych

wskazaniach, gdzie myślimy o tracheotomji, będziemy często mieli sposobność i czas do przeprowadzenia ścisłego bakterjologicznego badania?

Dr. *A. Schwarzbart* (Kraków).

CHOROBY SKÓRNE I WENERYCZNE.

Rozpuszczalne w lipoidach preparaty bizmutu w leczeniu kiły (Les bismuths liposolubles dans le traitement de la syphilis). Clement Simon et J. Bralez. *Annales de Derm. et de Syphil, 1930 Nr. 1.*)

Powszechnie stosowane w leczeniu kiły nierozpuszczalne sole bizmutu przedstawiają pewne strony ujemne. Zawiesiny ich w oliwie wykazują skłonność do odkładania się złogów w mięśniach, powodują często stwardnienia w miejscach wstrzyknięcia i aseptyczne ropnie. Zawiesiny wodne soli bizmutu, o ile są skuteczne w leczeniu, to wywołują łatwo objawy zatrucia, a ich działanie jest krótkotrwałe. W ostatnich czasach zwrócono szczególniejszą uwagę na sole bizmutu, rozpuszczalne w lipoidach i przekonano się, że nie posiadają one powyższych stron ujemnych. We Francji istnieją cztery preparaty tego rodzaju: 1. campho-carbonate de bismuthyle czyli Solmuth (Lecoq et Ferrand) 2. camphocarbonate de bismuth (Picon), 3. preparat fabr. Girard i 4. cynamonowa pochodna bizmutu (*Azan Schwartz*). Wszystkie te preparaty rozpuszczone są w oliwie. Autorzy stosowali Solmuth, roztwór zawierający w 1 cm^3 0,04 bizmutu metal. Bolesność przy wstrzykiwaniu tego środka jest bardzo mała, czasem żadna, powstawania guzów prawie się nie spostrzega, a największą zaletą tych preparatów jest brak tworzenia się ich złogów w mięśniach. Wydalanie ich z moczem rozpoczyna się już w 3 godziny po wstrzyknięciu a trwa $1^1/_2$ do 2 miesięcy. Ślady bizmutu w nerkach utrzymują się około 40 dni po wstrzyknięciu. Preparaty te ulegają resorbcji w sposób szczególny, jak twierdzi *Levaditi* resorbcja odbywa się w dwuch fazach; w pierwszej sole bizmutu ulegają szybko wchłonięciu jużto przez krążenie krwi, jużto przez fagocytozę. Resorbcja ta jest szybsza od resorbcji oliwy, w której się znajduje zawiesina tak, że można do 24 godzin po wstrzyknięciu obserwowac stałą dyffuzję soli bizmntu w oliwie. Druga faza resorbcji polega na uwolnieniu się bizmutu pod postacią inną, do dzisiaj jeszcze nieznaną i na ponownej jego adsorbcji tym razem o wiele powolniejszej. Te dane oparte na doświadczeniach tłómaczą w zupełności lecznicze działanie tych środków, szybkie, zależne od pierwszej fazy i długotrwałe, a mało toksyczne. zależne od drugiej fazy. Autorzy stosowali Solmuth w około 400 przypad. w różnych okresach i różnych rodzajach schorzeń kiłowych, obserwując wpływ tego leku na odczyny *Wasserm. Hecht'a i Vernes'a*, na znikanie krętków, na cofanie się objawów klinicznych i na stan ogólny chorych i przyszli do przekonania, że wyniki leczenia solami bizm. rozpuszczalnemi w lipoidach są conajmniej tak dobre, jak po stosowaniu soli nierozpuszczalnych, a niekiedy nie ustępują wcale wynikom neosalwarsanu. W końcu autorzy podają 59 wykresów ilustrujących szybki i trwały spadek zmętnienia w odczynie *Vernes'a* podczas stosowania 20 wstrzyknięć „Solmuthu". 2 razy tygodniowo w ilości 1 cm^3 (0,04 bizm, metal.).

W sprawie odczynu Herxheimera (Sur la réaction de Herxheimer) Bizzozero (*Annales de Derm. et de Syph. 1930 Nr. 1*).

Autor wymienia liczne teorje tłómaczące powstanie t. zw. odczynu H., z których jedne mają więcej, inne mniej zwolenników i podaje opis własnych doświadczeń, wykonywanych na osobnikach kiłowych i niekiłowych, z których wynika, że odczyn H. po zastosowaniu rtęci (właściwy odczyn H.- polega na działaniu tego leku wprost na krętki. Czy działanie to jest pobudzające, czy niszczące krętki, trudno narazie rozstrzygnąć. Autor przypuszcza, że oba to wpływy mają kolejno miejsce w odczynie H.

Podobny odczyn po zastosowaniu wstrzyknięcia neosalwarsanu polega, sądząc z wyników doświadczeń, na działaniu tego leku wprost na krętki i na jego działaniu jako vasodilatatora, Tem tłómaczy się silniejszy zwykle odczyn H. po wstrzyknięciu neosalvarsanu.

W sprawie t. zw. „fausse teigne amiantacèe d'Alibert" (De la fausse teigne amiantacèe d'Alibett) W. Dubreuilh *Annales de Derm. et de Syph. 1930 Nr. 1*)

Krótka ta praca poświęcona jest rozpoznaniu różniczkowemu powyższego schorzenia i łuszczycy. Obie te sprawy na owłosionej skórze głowy dają podobne obrazy. Jednakże w przypadkach t. zw. „fausse teigne A." wyrywanie włosów zlepionych łuskami powoduje rozsypywanie się łusek; razem z włosem zwykle wyrywa się mniejsza lub większa ich ilość, otulając włos jakby pancerzem. Włos taki, oglądany pod mikroskopem, wykazuje w części przyskórnej obecność pancerza niejednolitego; wytworzonego z łusek, lecz niejako podzielonego na segmenty, Segmenty te mają kształt stożków, zwróconych szerszą podstawą ku wolnemu końcowi włosa, których wspólną oś stanowi włos. Są to odlewy ujścia mieszków włosowych, W łuszczycy najcześciej wyrywanie włosów nie powoduje rozsypywania się łusek, włosy wyrwane są czyste, gdyż nie są one zlepione łuskami, a tylko przebijają warstwy łusek. Wyjątek stanowi tylko rzadka odmiana łuszczycy, t. zw. psoriasis follicularis, która, na owłosionej skórze głowy może dać obraz zupełnie podobny do t. zw, „fausse teigne A."

Leczenie wrzodów goleni acecoliną. (Le traitement des ulcères variqueux par l'acétylcholine). I. Dainow. (*Annales de Derm. et de Syph. 1930 Nr. 3*).

Niezadawalniające wyniki miejscowego leczenia wrzodów goleni skłoniły szereg dermatologów do szukania nowych sposobów leczenia, między innemi podano dwa sposoby zmiany podłoża, na którem rozwijają się wrzody goleni. 1. Leczenie insuliną, które zapoczątkowali *Ambard i Pautrier*, polega na stosowaniu podskórnych wstrzyknięć i równocześnie miejscowo okładów z insuliny lub, co niejednokrotnie z dobrym wynikiem stosował autor, na zasypywaniu owrzodzenia zasypką z laktozy, siarczanu sodu i insuliny. Późniejsze doświadczenia wykazały, że leczenie to nie zależy od polepszenia przemiany materji w organizmie, a w szczególności od lepszego zużywania węglowodanów przez tkanki, jak to niektórzy tłómaczyli, lecz że działanie insuliny jest tylko miejscowe, zależne od

pewnego stężenia jonów wodoru. 2. Częściowa sympathectomia wpływa na rozszerzenie naczyń we wszystkich kończynach, a przedewszystkiem w kończynie operowanej, co sprzyja szybszemu gojeniu się i zabliźnieniu owrzodzenia. W ten sposób otrzymane rozszerzenie naczyń utrzymuje się 2 — 3 tyg. Jest to okres czasu w połowie przypadków zakrótki do zagojenia się owrzodzenia, ponadto po 6 mies. zwykle następuje (96%) nawrót owrzodzenia. Powyższe wyniki skłoniły autora do zastosowania w leczeniu wrzodów goleni środka rozszerzającego naczynia, acecoliny. Acecolina rozszerza duże tętnice, a częściowo i tętniczki kończyn. Stosować ją należy w dawkach nie mniejszych jak 5 centgr. pro die w postaci wstrzyknięć podskórnych. Przeciwwskazań do stosowania tego leku niema. Autor stosował acetylchol. hydrochlor (acecoline Roche) w 5% roztworze, zrazu po 5, potem (w razie małego efektu) po 10 centgr. dziennie Wstrzyknięcia są nie bolesne, dobrze znoszone. Miejscowo stosowano równocześnie zwykłe leczenie, okłady i maści. Autor podaje opis 18 przypadków wrzodów goleni, leczonych acecoliną, z których 17 zdołał wyleczyć. W żadnym przypadku czas leczenia nie przekraczał 6 tygodni. Autor uważa ten sposób leczenia za najlepszy z dotychczasowych.

Kilka uwag w sprawie owrzodzeń miękkich. (Quelques considerations à propos du chancre mou). W. E, Coutts. (*Annales de Derm et de Syph. 1930 Nr. 4*).

Zestawienie przypadków wrzodów miękkich u mężczyzn i u kobiet z roku 1928 i 29 w Santjago, z którego wynika, że stopniowy i znaczny wzrost ilości schorzeń u mężczyzn nie stoi w żadnym związku z ilością zachorzeń u kobiet, u których przyrost tych przypadków jest bardzo nieznaczny. Ponieważ kobiety cierpiące na wrzody miękkie wyjątkowo tylko zakażają (z powodu bólów przy stos. płciowym), autor więc przypuszcza, że kobiety zdrowe mogą być nosicielkami prątków *Ducrey'a*. Prątki te z powodu kwaśności wydzieliny w pochwie nie rozwijają się, a dopiero po przejściu na organy płciowe męskie odzyskują pierwotną zjadliwość.

Dwa przypadki wyłysienia leczone pobudzającemi dawkami mleka. (Deux cas de pelade traités par les doses excitantes de lait). Miloche Djotritch. (*Annales de Derm. et de Syph. 1930 Nr. 4*).

Opis 2 przypadków wyłysienia plackowatego. Pierwszy u 45-letniego mężczyzny, u którego wyłączono kiłę; leczony bez skutku zewnętrznie stosowanemi miejscowo środkami (maści i płyny drażniące) wykazywał stałe rozszerzanie się dawnych i powstawanie nowych ognisk; drugi u 18-letniej dziewczyny w postaci dwuch dużych ognisk w okolicy potylicy. Autor wstrzykiwał śródskórnie, w środek ogniska wyłysiałego $^1/_4$ do $^1/_2$ (większe dawki w większe ogniska) aolanu jednorazowo i w niedługim czasie później (26 tyg.) obserwował porost włosów na łysinie. Zabieg ten jest cokolwiek bolesny zwłaszcza, jeżeli po jednorazowym przekłuciu skóry wstrzykuje sie w różnych miejscach po kropli płynu. Największe jednak ogniska nie wymagają więcej, jak dwuch ukłuć. Odczyn miejscowy jest nieznaczny; zwykle mały rumień nieco naciekły znika w kilka dni. Zabiegu tego nie należy wykonywać, dopóki istnieje jakiekolwiek podrażnienie skóry skutkiem uprzednio zewnętrznie stosowanych środków.

Sarco - lupus pernio rozpadający się i śmiertelny. (Sarco-lupus pernio mutilant et mortel). L. Chatellier. *Ann. de Derm et de Syph. 1929 Nr. 11.*

Lupus pernio jest schorzeniem, dającym powierzchowne owrzodzenia, zawsze dobrotliwem, dającym się wyleczyć. Wbrew tej opinji, uznanej przez wszystkich dermatologów, autor podaje opis przypadku wybitnie złośliwego, który doprowadził do zejścia śmiertelnego. Mężczyzna lat 29, naogół zdrowy i silny zgłosił się do leczenia z powodu zgrubienia i zniekształcenia nosa, trwającego kilka miesięcy, a poprzedzonego okresem śluzowo-ropnego wycieku z nosa. Zgrubienie nosa, jego sine zabarwienie, porozszerzane drobne naczynia w skórze, twardy rozlany naciek, wszystkie te objawy dawały typowy obraz kliniczny lupus pernio. Stan ogólny początkowo był dobry. W kilka dni po zgłoszeniu sie chorego pojawiła się wysypka na twarzy i klatce piersiowej typu grudkowo-nekrotycznych tuberkulidów i owrzodzenie na nosie. Zmiany te po kilku tygodniach ustąpiły, stan utrzymywał sie jednak stale taki, jak przy zgłoszeniu się chorego, a po 5 miesiącach pobytu w szpitalu, pomimo leczenia, zmiany chorobowe poczęły szerzyć się na czoło, powieki i wargę górną. Owrzodzenie, ktore tym razem pojawiło się, było głębsze, o charakterze zgorzelinowym, powiększało się szybko, powodując zniszczenie całej wargi górnej części miękich nosa, powiek i przylegających części skóry czoła. Na tułowiu pojawiła się uogólniona wysypka grudkowo-krostkowa. Stan ogólny z dnia na dzień ulegał pogorszeniu, ciepłota dochodziła 40°, chory zmarł w 11 miesięcy od czasu zgłoszenia się wśród objawów znacznego wyniszczenia. Badanie histologiczne wyciętych skrawków skóry wykazało obecność gruźliczych nacieków. Sekcja nie wykazała zmian gruźliczych w narządach wewnętrznych. Leczenie polegało na naświetlaniu promieniami pozafjołkowemi, na stosowaniu wstrzyknięć antygenu methyl. Bocquet-Negre'a. Autor zwraca wkoncu uwagę na pokrewieństwo lupus pernio i sarkoidów pod względem zmian histologicznych i dlatego nja daje temu schorzeniu nazwę sarco-lupus pernio i łączy je z gruźlicą.

W sprawie leczenia twardziny skóry przy pomocy hemocrinoterapji. (Contribution au traitement de la sclérodermie par l'hémocrinothérapie). Freduman. (*Bull et Mém. de la Soc. de méd. de Paris 1929 Nr. 12.*

Autor opisuje przypadek typowy sclerodermia cutis u kobiety 34-roletniej, od 4 lat chorej. Była ona leczona naprzemian promieniami X i pozafjołkowemi. Po tym leczeniu nastąpiła nieznaczna poprawa. Ponieważ chora wykazywała objawy niedomogi jajnikowej, autor zastosował wstrzykiwania krwi własnej z dodatkiem odpowiednich wyciągów jajnikowych. Po 28 takich wstrzyknięciach stan chorej znacznie się poprawił, skóra zmiękła o tyle, że wykonywanie ruchów było możliwe.

W sprawie zmian dystroficznych zębów ich znaczenie rozpoznawcze. (Dystrophies dentaires. Leur valeur diagnostique) Ch. Ruppe (*Gazette des Hôpitaux 1929 n 74.*)

Zmiany dystroficznę i erozje zębów mlecznych są rzadkie, kierują one zawsze myśl ku schorzeniom matki, zwłaszcza ku kile. Patognomoniczne jednak

dla kiły wrodzonej są przedewszystkiem zmiany dystroficzne typu *Hutchinsona* siekaczy środkowych stałych i pierwszego zęba trzonowego, gdyż punkty zarodkowe tych zębów wapnieją pod koniec ciąży i w pierwszych dniach życia dziecka, czyli właśnie w okresie, odpowiadającym znacznej wirulencji kiły wrodzonej. Zmiany H. polegają na półksiężycowatym wyżarciu wolnego brzegu górnych środkowych siekaczy, emalja na tych zębach jest nierówna, brunatnawa, kształt tych zębów szerszy przy szyjce zęba niż na brzegu wolnym, grubszy i węższy niż normalnie, zęby te ułożone są cokolwiek skośnie w stosunku do osi pionowej. Wszystkie te cechy rzadko występują równocześnie. Zęby u dziecka do lat sześciu mogą wykazywać podobne zmiany; szersze przy szyjce, o powierzchni tnącej węższej, cztery wzgórki mogą być niejako odsznurowane rowkiem opasującym ząb. Przeciwnie obecność wzgórka *Cazabellego* (dodatkowy wzgórek na zębach trzonowych) jako odosobnionej zmiany zdaje się nie mieć żadnego znaczenia patognomonicznego dla kiły wrodzonej; równocześnie ze zmianami wyżej opisanemi może przemawiać za kiłą. Co się tyczy zmian innych zębów mogą one zależeć od innych schorzeń dziecięcych, np. wszystkie schorzenia toxi-infekcyjne mogą takie zmiany wywołać.

Przypadek choroby Raynaud'a (Un cas de maladie de Maurice Raynaud) J. Martinez *Annal de Malad. Vener. 1929 Nr. 9*).

Przypadek kiły u 34-letniego mężczyzny, zakażonego przed 16 laty, leczonego nieregularnie wcierkami rtęci. Chory zgłosił się z silnemi zawrotami głowy, bólami w palcach rąk i nóg, uczuciem drętwienia, zimna z sinicą, pęcherzami i owrzodzeniami na palcach. Leczenie salvarsanem i natr. salic. nie dało żadnych wyników. Chory został wyleczony w przeciągu 2-ch miesięcy dużemi dawkami cyanku rtęci i jodku potasu.

Brodawczaki, przebiegające ze zmianami w gruczołach chłonnych, o utkaniu przypominającem nabłoniaki. (Les verrucomes avec adénites et à structure épitheliomateuse, curables par le 914) H. Gougerot et P. Blum. (*Bull. Medic. 1929 Nr. 55*).

Pod nazwą verrucoma opisał autor zmiany zapalne, o nieznanej dotychczas patogenezie, o wejrzeniu brodawkowatem, wrzodziejące, z równoczesnem obrzmieniem najbliższych gruczołów chłonnych Budowa histologiczna tych zmian jest zbliżona do budowy nabłoniaków, lecz kliniczny ich przebieg wybitnie różni się od przebiegu nabłoniaków. Zmiany te są dobrotliwe, leczą się całkowicie pod wpływem wlewań novarsenobenzolowych, pomimo, że kiła niema nic wspólnego z etjologją tej sprawy. Autor podaje opis 3 przypadków powyższego schorzenia.

Leczenie świetlne w łuszczycy. (Actinothérapie du psoriaris). J. Meyer. (*Bull. Medic. 1929 Nr. 55*).

Promieniami pozafjołkowemi możemy wyleczyć pewną ilość przypadków łuszczycy. Wypróbowania tego prostego i szybkiego sposobu leczenia nie należy zaniedbywać w żadnym przypadku, jednak sposób naświetlania powinien być ujęty w pewien system. Obecnie jedni są zwolennikami naświetlań ogólnych, większość woli naświetlania miejscowe silnemi dawkami. Przed rozpoczęciem naświetlań należy wypróbować wrażliwość skóry na promienie (le test sensito-metrique de Saidman). Jeżeli wrażliwość jest znaczna, można łatwo uzyskać przy pomocy naświetlań powstanie pęcherzy na skórze i w ten sposób szybko usunąć wykwity. O ile wrażliwość skóry jest mała, to zwykle pomimo wielokrotnych naświetlań wyniki leczenia są bardzo nikłe. Można wtedy starać się uczulić skórę na światło przy pomocy gonakryny lub eozyny, lub połączyć leczenie świetlne z leczeniem przy pomocy maści.

Przypadek łuszczycy, wywołanej nowarsenobenzolem. (Psoriasis vrai provoqué par le novarsénobenzol) L. M. Bonnet (*Lyon Med. 1929 Nr. 48*).

Mężczyzna lat 18 leczony był wstrzykiwaniami nowarsenobenzolu z powodu owrzodzenia kiłowego. Nie leczony następnie przez 3 mies. zgłosił się z drugorzędnemi kiłowemi wykwitami na kończynie dolnej. Po pierwszym wstrzyknięciu z tej drugiej serji nastąpił wybuch typowych wykwitów łuszczycowych. Autor nie jest w stanie rozstrzygnąć pytania, czy mamy w tym przypadku do czynienia ze skutkami toksyczności leku, czy z biotropizmem, czy z wpływem samej kiły.

Psycho-wazo-motoryczna teorją powstawania brodawek i kłykcin kończystych. (Theorie psycho-vasomotrice des verrues et des condylomes acuminés). J. Bonjour. *Annales de Derm. et de Syph. 1930 Nr. 2*).

W powstawaniu brodawek i kłykcin kończystych skóry dwa czynniki odgrywają rolę. Pierwszy psychiczny, o czem świadczą liczne spostrzeżenia wyleczenia jedynie sugestją. Drugi wazomotoryczny, którego rolę wykazał autor już w poprzedniej swojej pracy (Presse med. 1928). Zwykle u osobników dotkniętych tym schorzeniem spostrzegamy podniesienie ciśnienia minimalnego krwi. Są to organizmy o systemie naczynioruchowym wysoce pobudliwym. Równocześnie ze spadkiem ciśnienia minimalnego znikają także brodawki i kłykciny. Ciśnienie należy mierzyć na kończynach górnych i dolnych w różnych miejscach i pozycjach. Autor podaje opisy kilku przypadków brodawek i kłykcin wyleczonych sugestją. Czasem wystarczał jeden seans, czasem co 5—6 tyg. należało seans powtarzać. Leczenie polegało na zawiązaniu oczu choremu i dotykaniu kłykcin i brodawek pałeczką szklanną, następnie na wmówieniu choremu, że po 4 — 5 tyg. brodawki znikną i że nie należy zwracać na nie uwagi i dotykać ich. W kilka lub kilkanaście dni po seansie ciśnienie minimalne obniżało, się a równocześnie cofały się brodawki. W przypadkach znacznego podniesienia ciśnienia autor podawał 3 razy dziennie codeiną 0,005. Patogeneza brodawek jest następująca. Zwykła obawa i odraza do tego rodzaju schorzeń powoduje na drodze odruchu podniesienie ciśnienia, czego następstwem jest pewien stan przekrwienia warstwy brodawkowej skóry. Jeśli po pewnym czasie po przejściu afektu minie i podniesienie ciśnienia, brodawki nie powstają. O ile to wzmożone ciśnienie utrzymuje się, to lepsze ukrwienie skóry powoduje przerost niektórych jej warstw. To zapatrywanie tłomaczy do pewnego stopnia, dlaczego brodawki powstają tylko w miejscach dostępnych dla wzroku chorego, w miejscach na których chory specjalnie skupia swą uwagę. Samo podniesienie ciśnienia, bez czynnika psychicznego nie jest widocznie jedynym warunkiem powstania brodawek, bo byłyby one najczęstsze pomiędzy 40 a 60 rokiem życia.

Trądzik wielopostaciowy i jego nowoczesne leczenie. (L'acné polymorphe et son traitement moderne). A. E. Marcoglou. (*Annales de Derm. et de Syph. 1930. nr. 3*).

Pierwotnym wykwitem trądzika jest wągier, czop zrogowaciałych komórek naskórka, zatykający ujście mieszka włosowo-łojowego na twarzy. Wtórnie przyłącza się zakażenie, czego następstwem jest zapalny odczyn w otoczeniu mieszka w postaci okołomieszkowej żywo-różowej grudki (acne papulosa). Grudka może się zamienić w krostę (acne pustulosa), a proces zapalny może posuwać sie wgłąb skóry i może dojść do wytworzenia się ropni skórnych lub podskórnych. Po dłuższym czasie trwania tych zmian zwykle powstają blizny zniekształcające i zgrubienia w skórze (acne indurata). Najczęściej mamy do czynienia z przypadkami, w których można wykazać obecność wykwitów w tych wszystkich okresach rozwoju (acne polymorph). Schorzenie rozwija się na podłożu specjalnie do tego skłonnym, gdyż mikroby odgrywające pewną rolę w trądziku znajdują się na każdej skórze i nie są zawsze patogenetyczne. Jako przyczyny usposabiające podają zaburzenia w przewodzie pokarmowym, zaparcie, chlorosis, schorzenia narządów płciowych i gruczołów o wewnętrznym wydzielaniu. Leczenie zwykle stosowanemi miejscowo środkami jest długotrwałe i często nie prowadzi do celu. Szkoła amerykańska stosuje od kilku lat z dobrym skutkiem naświetlania promieniami Roent. Sposób ten obecnie jest powszechnie stosowany, jako specyficzyn dla trądzika. Odpowiednio stosowany jest w możności wyleczyć najcięższe przypadki w przeciągu około 3 mies. Równocześnie nie należy pomijać ogólnych przepisów higjeny i dietetyki. Technika polega na powierzchownych naświetlaniach bez filtrów. Ogólnie stosowaną obecnie w Ameryce jednostką jest ta ilość promieni, która u dorosłego wywołuje na przedramieniu po stronie zginaczy po 10 — 20 dniach rumień blady, lub u dziecka na głowie przemijającą epilację. Jednostkę tą określono doświadczalnie (2 mili, 100 kw. 20 cm. odległości anticatody od skóry, 3 minuty czasu naświetl). W leczeniu trądzika stosuje się i dobrze są znoszone co 7 dni 13 do 14 naświetlań, 1/2 jednostki, bez filtrów. Tylko wyjątkowo w przypadkach, gdzie skóra jest biało-różowa, cienka, delikatna należy zmniejszyć dawki. W każdym razie wskazane jest uprzednio zbadać wrażliwość skóry, naświetlając przedramię dawkami 1/4, 1/3, 3/4 i 1 jedn. Najsłabszy rumień, który zwykle najpierw pojawia się około ust est wskazaniem do przerwania tego leczenia. Czasem po naświetlaniu występuje niepożądana pigmentacja na twarzy, która utrzymuje się kilka tygodni lub miesięcy. W przypadkach tym sposobem leczonych występują w 10 — 20% recydywy, które. naświetlane ponownie po rocznej przerwie, łatwo znikają. Najlepsze wyniki można uzyskać w przyp. acne indurata, najmniej nadają się do tego leczenia przypadki trądzika, w których na pierwszy plan wysuwają się silne objawy zapalne. Dobre wyniki lecznicze tłómaczy autor zahamowaniem czynności gruczołów łojowych.

Rzadka postać wilka rumieniowatego na skórze owłosionej głowy (Sur une forme particulière de lupus erythèmateux du cuir chevelu). R. Sabouraud. *Annales de Derm, et de Syph. 1920, nr. 4.*

U 50-cioletniej kobiety jako pierwszy objaw wystąpiło obfite wypadanie włosów. Skóra wydawała się prawidłową, jednakże po dokładnem jej obejrzeniu spostrzeżono około 10 drobnych ognisk wyłysiałych. w których brakło po kilka lub kilkadziesiąt włosów. Ujścia mieszków pozbawionych włosów były znacznie rozszerzone, zatkane stożkowatym, twardym, szarym czopem rogowym. Brak było w tym okresie jakiegokolwiek zaczerwienienia skóry lub zaników. Drapanie a nawet dotykanie ognisk było cokolwiek bolesne i ten właśnie objaw (signe de Besnier) jakoteż niemożność postawienia innego rozpoznania skłoniły myśl autora w kierunku lupus eryth. Leczono chorą kilkakrotnym wymrażaniem ognisk. W 3 lata później chora zgłosiła się ponownie z dużym owalnym ogniskiem na skórze owłosionej głowy typowym dla lupus eryth. Zastosowano znowu wymrażanie dwutlenkiem węgla.

Autor zwraca szczególną uwagę na to, że lupus eryth. na głowie może początkowo dawać takie właśnie wykwity, bez zaników, bez blizn i rumieni, drobne łysinki z zatkaniem ujść mieszków włosowych przez czopy zrogowaciałego naskórka.

Dermatozy zależne od pracy z węglem kamiennym. (Dermatose due au travail de la houille). Kistiakowski). (*Annales de Derm. et de Syph. 1930, Nr. 1*).

U robotników zajętych w fabrykach asfaltu przy suchej destylacji węgla, już w kilka dni po rozpoczęciu pracy pojawiają się zmiany na skórze. Jako objaw pierwotny występuje zaczerwienienie i obrzęk skóry na twarzy, który może niekiedy doprowadzić do powstania pęcherzy. Spojówki powiek, gałek a czasem i rogówka zostają też objęte procesem zapalnym Po kilku dniach skóra na twarzy się łuszczy, poczem pojawiają się liczne plamy barwikowe. Stan skóry pogarsza się znacznie skutkiem narażania jej na promienie słoneczne i pocenie się. Stopniowo inne części skóry ulegają takim samym zmianom (odkryte części kończyn górnych, szyji, tułowia). Obok tych zmian rozlanych zjawiają się coraz liczniejsze czarne czopy, zatykające ujścia mieszków włosów, (wągry) a wokoło nich zapalne obwódki, w końcu ropne pęcherzyki w ujściach mieszków. Zmiany te również sadowią się głównie na częściach odkrytych skóry a także na zewnętrznych powierzchniach ud i na pośladkach. Około skrzydełek nosa często pojawiają się brodawkowate wegetacje.

Po 2—3 miesięcznym pobycie w fabryce skóry u wszystkich robotników przybiera w ten sposób charakterystyczny wygląd. U osobników młodych i u kobiet zmiany są silniej wyrażone. Prócz tego ich nasilenie zależy od ilości pyłu w powietrzu, od ilości pary dziegciu, osiadającej na skórze, od siła naświetlania słonecznego, od czasu pracy i czystości. Po przerwaniu pracy w fabryce zmiany rumieniowo-obrzękowe ustępują powoli, trądzikowe utrzymują się nieraz i przez cały rok.

Mechanizm powstania tych zmian jest skomplikowany. Najważniejszym czynnikiem działającym szkodliwie jest uczulające działanie substancji fotodynamicznych i fluoryzujących (akrydyna, anthracen, phenanthren), które z powietrzem i śliną przechodzą do krwiobiegu przez płuca i żołądek. Nie jest wyłączone, że minimalna ich ilość wchłania się przez skórę i śluzówki. Substancje te nie działają przez bezpośrednie zetknięcie się ze skórą, gdyż najwcześniej i najsilniej nie bywa zajęta skóra rąk, najbardziej na kontakt z tymi substancjami narażona, a zawsze skóra na twarzy. Stan zapalny skóry jest więc wynikiem działania różnych czynników drażniących, głównie promieni słonecznych na skórę uczuloną wyżej wymienionemi substancjami, krą

żącemi w krwi. Pigmentacja jest zwykłym następstwem stanu zapalnego. Następnym czynnikiem szkodliwie działającym są płynne i lotne smoły i oleje, które padając na spojówki i skórę, zatykają ujścia mieszków włosowych i gruczołów łojowych dając początek zmian trądzikowych. Brodawkowate wegetacje, które z czasem mogą pojawić się na twarzy, są skutkiem dłuższego działania drażniącego i uczulającego. Obraz chorobowy okresowo nasila się i słabnie, naogół ma charakter schorzenia podostrego. Zmiany, zwłaszcza brodawkowate, mogą z czasem uledz zwyrodnieniu złośliwemu i dać obraz typowy nabłoniaka. Z objawów ogólnych, towarzyszących tym zmianom skórnym, najważniejsze są; podniesienie ciepłoty, osłabienie, niekiedy nieżyt oskrzeli. W pewnych warunkach mogą pojawić się objawy ostrego zatrucia smołą; utrata przytomności ślinotok, adynamia i t. d.

W celach zapobiegawczych stosuje się jaknajmniej przepuszczalną i jaknajwięcej okrywającą skórę odzież (rękawiczki, maski), podawanie środków odczulających na światło (rezorcyna), zastosowanie w fabrykach oświetlenia promieniami czerwonemi, codzienne obowiązkowe kąpiele parowe z mydłem, urządzenie szatni celem umożliwienia zmiany odzieży przed pracą i po pracy, pokrywanie skóry tłustemi miksturami i pastami w celu jej osłonięcia, ochronę przed słońcem, zwłaszcza w lecie, dobre wentylacje, skrócenie czasu pracy i uświadomienie robotników o szkodliwem działaniu wyżej podanych czynników.

Leczenie świerzby w Rosji. (Un traitement russe de la gale). R. Huerre. *Annales de Derm. et de Syph. 1930, Nr. 1*),

W okolicach Charkowa 6—10% ludości dotkniętych jest świerzbą. Oto sposób leczenia, który się tam stosuje z dobrym skutkiem. Chorzy przez 6 dni nacierają się co wieczór roztworem wodnym 66% natrium hyposulfur, a co rano roztworem 2,5% kwasu solnego. W tym celu jeden chory zużywa w ciągu 6-ciu dni 500 gr. roztworu natr. hyp. i 400 gr. roztworu kwasu solnego. Ilości te po przeliczeniu na poszczególne dzienne dawki wykazują: 1° że ilość kwasu solnego jest wielokrotnie zamała w stosunku do ilości natr. hyposulf., aby z tej mięszaniny wywiązała się wszystka siarka w stanie wolnym. Ilość kwasu solnego możnaby pięciokrotnie nawet zwiększyć bez obawy, aby jego resztki drażniły skórę. 2° Ilość siarki w ten sposób wywiązanej jest znikoma, w porównaniu do ilości stosowanej w maściach, a pomimo to wystarcza do zabicia pasożytów.

Nabłoniaki zawodowe (Les épithéliomas professionnels) P. Blum, J. Blalez *Paris Medic, 1930 Nr. 6.*

Nabłoniaki zawodowe interesują lekarza ze względu na patogenezę i etiologję i ze względów społeczno prawnych. Do zawodowych nabłoniaków narządów wewnętrznych zalicza się raka płuc, schorzenie spostrzegane u górników, narażonych na stałe wdechanie pyłu kobaltowych połączeń arsenu. Nie stwierdzono do dzisiaj, aby inne pyły sprzyjały powstaniu nabłoniaka płuc. Rak pęcherza moczowego lub dróg moczowych spotyka się niekiedy u stykających się ze związkami anilinowemi. Wdechanie par aniliny sprzyja przedewszystkiem powstaniu mięsaków dróg moczowych a tylko w 1/4 ilości przypadków spotyka się nabłoniaki. Opisano również kilka przypadków raka pęcherza u stykających się z naphtolem.

Raki skóry znane są u kominiarzy i stykających się z sadzą i węglem, pojawiają one niekiedy w kilkanaście lub więcej lat po okresie pracy w tym zawodzie, przedewszystkiem na skórze worka mosznowego, ponadto na dłoniach, stopach lub uszach. Częste są także nabłoniaki u mających do czynienia z oliwą, asfaltem, parafiną, Te są najczęściej wrzeciono-komórkowe, powstają przez zwyrodnienie tworów brodawkowatych i hyperkeratotycznych na przedramionach, rzadko na kończynach dolnych. U pracujących przy dziegciu raki są bardzo częste. U tkaczy bawełny znane są nabłoniaki moszny. W rafinerjach nafty nabłoniaki nie są częste, natomiast opisano liczne dobrotliwe twory brodawkowa'e. U zatrudnionych przy olejach skalnych znane są niekiedy nawet po 25-ciu latach pojawiające sie nabłoniaki obok innych zmian na skórze (acne, keratosis, teleangiectasiae) Przewlekłe zatrucie arsenem w niektórych zawodach lub w celach leczniczych usposabia również do powstania nabłoniaków które umiejscawiają się często na twarzy lub na skórze tułowia. W końcu obok innych zawodów usposabiających do powstania nabłon. wymienia autor wpływ promieni X i radu. Pod względem klinicznym rozróżnia się dwie postacie: przewlekłą, której typ stanowi nabł. u kominiarzy, rozwijającą się w kilkanaście lub więcej lat, niekiedy skutkiem złośliwego zwyrodnienia banalnych brodawkowatych zmian i postać ostro przebiegającą, spotykaną zwykle u pracujących przy dziegciu, rozwijającą się często jako następstwo urazu mechanicznego, chemicznego lub termicznego. Szereg doświadczeń na myszach i szczurach wykazał wpływ wyżej wymienionych substancyj na powstanie nabłoniaków, zwłaszcza liczne doświadczenia z dziegciem wykazały, że dziegieć stosowany na skórę lub per os wywołuje u zwierząt powstanie nabłoniaka na odległych nieraz częściach skóry. Autor zwraca uwagę na częste umiejscowienie zawodowych nabłoniaków, na mosznie i przypuszcza, że odgrywają w tem pewną rolę liczne w tym miejscu gruczoły łojowe. Pod względem anatom.-patolog. najczęstsze są epitheliomata spino-cell. rzadsze baso-cell. Leczenie można stosować następujące: chirurgiczne, promieniami X, lub radem, wreszcie elektrokoagulacja.

Kiła w r. 1930. (La syphilis en 1930). G. Milian, L. Brodier. (*Paris Medic. 1930 Nr. 9.*

W swej obszernej pracy podają autorzy obecny stan zapatrywań tyczących się kiły i jej leczenia.

Co się tyczy etjologji, to zagadnienie dwoistości krętka bladego (neurotrop, dermotrop), po dziś dnia jest kwestją sporną. Natomiast możliwość reinfekcji kiłowej (powtórne zakażenie kiłowego osobnika wyleczonego lub niewyleczonego), zdaje się być obecnie uznawane przez wszystkich autorów. Również stwierdzono możliwość istnienia t. zw. syphilis d'emblée, kiły bez owrzodzenia pierwotnego. Częste są zwłaszcza przypadki, w których jako pierwszy objaw kiły pojawia się stan zapalny gruczołów chłonnych i dodatni odczyn Wass. Kiłę można przeszczepić również drogą krwi (transfusio).

Okres pierwszorzędny może oprócz typowego co do umiejscowienia i wyglądu owrzodzenia, pojawić się także pod postacią owrzodzenia extragenitalnego lub owrzodzenie może być mieszane, przyczem zakażenie krętkiem bywa zwykle pierwotne a zakażenie prętkami *Ducrey'a* wtórne. Wyjątkowo tylko rzecz ma się odwrotnie. Z objawów ogólnych w okresie I kiły, jednym z najwcześniejszych jest

powiększenie śledziony, następnym zmiany w gruczołach chłonnych.

Okres II i III przebiega pod następującemi postaciami: wysypka plamista lub grudkowa (rosecla), krostkowa (l. pustulosa), trądzikowa (syph. acneiformis), łuszczykowata (syph. psoriasiformis), wykwity przypominające ospę (syph. varioli et varicelliformis), wykwity barwikowe (syph. nigricans), zaniki skóry różnego rodzaju (atrophia cutis, cutis laxa syphilit.), zgorzel (gangr. syph.). Niektórzy łączą również i bielactwo (vitiligo) z kiłą. Wykwity ulegające łatwo wczesnemu rozpadowi zalicza się do t. zw. kiły złośliwej (syph. maligna). Z licznych odczynów serologicznych wymienia autor obok odczynu *Bordet-Wass.* odczyn *Kahna* i *Meinicke'go*, zwraca jednak uwagę, że znane są przypadki czynnej kiły, przebiegające z odczynem serologicznym ujemnym. Zdarza się to w przyp. kiły świeżej lub w przyp. nawrotów kiły uprzednio leczonej. Zwyle wtedy odcz. serologiczny w czasie leczenia staje się dodatni. Ponadto w niektórych stanach chemicznych serol. odczyny mogą być dodatnie, pomimo braku zakażenia kiłowego. Wkońcu istnieją odczyny serologiczne stale dodatnie u kiłowych, którzy dobrze leczeni, bez żadnych objawów chorobowych mogą być uważani za wyleczonych.

Leczenie: w celach zapobiegawczych za najlepszy obecnie środek uważane są połączenia rtęci rozpuszczalne w lipoidach (Hg liposolubil). Najdzielniejszym środkiem w leczeniu kiły objawowej są pochodne arsenu. Pamiętać jednak należy o istnieniu przyp. kiły arsenó-odpornej i o częstych objawach nietolerancji na te leki (crises nitritoïdes, przejściowa myopia, żółtaczki poarsenowe, ostra azotemja, różnego rodzaju krwawienia, rumienie i wysypki poarsenowe). Przetwory bizmutu, stosowane obecnie również w kile objawowej wypierają z terapji kiły przetwory rtęciowe. Coraz częstsze są w użyciu sole bizmutu rozpuszczalne w lipoidach. Z niepożądanych następstw po zastrzykach bizmutu najczęstsze są embolje i krwiaki, rzadko rumienie i wysypki. Wkońcu pracy omawia autor pokrótce objawy kiły wrodzonej.

K R O N I K A

Zjednoczenie Lekarzy byłych Studentów Uniwersytetu Warszawskiego po 1915 roku.

W dn. 21/3.1930 r. na Walnem Zgromadzeniu Lekarzy byłych studentów U.W. odbytem w Zakładzie Fizjologji U.W. uchwalono jednogłośnie stworzenie organizacji pod nazwą „Zjednoczenie Lekarzy byłych studentów Uniwersytetu Warszawskiego po 1915 r." Do Zarządu zostali powołani: P r e z e s: *D-r Pietrasiewicz Adam*, V i c e - p r e z e s: *D-r D-r Paprocki Kazimierz i Wszelaki Stanisław*, S e k r e t a r z: *D-r D-r Hrom Stanisław i Niepokoyczycka Urszula.* S k a r b n i k: *Dr Zaborski Edward* o r a z 4 c z ł o n k ó w Z a r z ą d u: *D-r D-r Chodkowski Karol, Goldman Jan, Roguski Jan, Rytel Aleksander.* Zaznajomienie władz Zjednoczenia ze światem lekarskim odbyło się w dn. 29 maja na herbatce urządzonej w Polskiem Tow. Łowieckiem; gdzie zaszczycili swoją obecnością przedstawiciele świata lekarskiego Un. Warsz., społeczno-lekarskiego oraz wojskowo-lekarskiego. Prezes Zjednoczenia witał zebranych zapoznając ich z hasłami Zjednoczenia, których celami są: sprawy samopomocowo-lekarskie, społeczno-lekarskie oraz towarzyskie. Ze strony zaproszonych gości były wygłoszone liczne przemówienia, podkreślające doniosłość tej nowozorganizowanej instytucji, jej szlachetne ideały, które niejednokrotnie dawały wyraz w okresie powstawania Rzeczpospolitej w walkach o niepodległość. Gorącemi i serdecznemi życzeniami pomyślnego rozwoju tej placówki zakończono uroczystą herbatkę. S e k r e t a r j a t Z j e d n o c z e n i a m i e ś c i s i ę w P o l. T o w. E u g e n i c z n e m N o w y Ś w i a t N 1. D y ż u r y w ś r o d y i p i ą t k i o d 20 d o 21.

B I B L J O G R A F J A

C. Lian- A. Blondel- O. Viau. Tachycardies permanentes regulières. *Doin et Cie. Paris. 1930. 48 str. 14 fr. fr.*

W książeczce tej omawiają autorzy w sposób jasny i przejrzysty częstoskurcz serca charakteru stałego. Wyodrębniony przez autorów obraz chorobowy polega na przyspieszeniu częstości akcji serca, przy której tętno pozostaje miarowem i waha się najczęściej, między 100—120 uderzeniami na minutę. Czasami do tego obrazu częstoskurczu zwykłego dołączać się mogą okresy jeszcze znaczniej szego przyspieszenia tętna, dochodzące do 180, a nawet, co zresztą jest rzadkością, do 200 uderzeń na minutę. Chorzy często nie odczuwają przy tem żadnych określonych dolegliwości, tak, że nie rzadko stan chorobowy może być odkryty przypadkowo w czasie badania przez lekarza; czasami mają uczucie bicia serca, lub też występuje lekka duszność przy ruchach lub pracy fizycznej. Częstoskurcze te dzielą autorzy na dwie wielkie grupy. W grupie pierwszej bodźce dla skurczów serca powstają w miejscu prawidłowem, w węźle Keith-Flacka i drogą prawidłową przenoszą się na komory, w tych przypadkach krzywa elektrokardiograficzna ma kształt prawidłowy. W grupie drugiej bodźce dla skurczów serca albo nie powstają w miejscu fizjologicznem, albo też, jeżeli powstają fizjologicznie, rozprzestrzeniają się drogą nieprawidłową w pozostałych częściach serca. Najczęstszą przyczyną stałego miarowego częstoskurczu serca ma być przyspieszenie powstawania bodźców w węźle zatokowym, znacznie rzadziej jest ten obraz spowodo

wany zaburzeniami w powstawaniu bodźców, a wtedy jego przyczyną jest prawie zawsze trzepotanie przedsionków.

Przyczyny częstoskurczu pochodzenia zatokowego są bardzo różnorodne, gdyż mogą one być objawem jakiegoś innego cierpienia, którego przebieg czasami ukryty zdradza się tylko częstoskurczem, albo też przyczyna częstoskurczu, który panuje nad całym obrazem chorobowym, jest niejasna. Wtedy powstaje obraz chorobowy, w którym bicie serca w spokoju, silniejsze po pracy, duszność po pracy, ogólna większa pobudliwość, bez żadnych zmian przedmiotowych klinicznych, składa się na całość, która została opisana w czasie ostatniej wojny jako t. zw. serce pobudliwe „coeur irritable". Częstoskurcz zatokowy można więc podzielić na 2 grupy: częstoskurczu objawowego i serca pobudliwego. W pierwszym przypadku jawną lub ukrytą przyczyną częstoskurczu może być niedomoga serca, podciśnienie tętnicze, nadciśnienie, różne stopnie nadczynności tarczycy, zaburzenia w wydzielaniu wewnętrznem, organiczne cierpienia nerwowe, przewlekłe zatrucia, (nikotyna, kofeina) i wreszcie gruźlica.

Obraz serca pobudliwego, na który autorzy zwracaja uwagę, jest szczególniej ważny, gdyż często bywa przyczyną omyłek rozpoznawczych. Szmery przypadkowe, szczególniej lekkie nadciśnienie, które niejednokrotnie towarzyszy sercu pobudliwemu, bywają mylnie brane za podstawę cierpienia, którego istotną przyczyną jest nadmierna pobudliwość i nadczynność okolicy węzła zatokowego, wywołana czysto nadmierną pobudliwością układu współczulnego pochodzenia nieznanego, lub też pochodzenia tarczycowego, albo wreszcie toksycznem, czy nerwowem podrażnieniem komórek w okolicy węzła zatokowego. W każdym razie należy pamiętać, że przy sercu pobudliwem częstoskurcz jest większy od nadciśnienia, które nie przekracza 150 — 170 mm. Hg.

W leczeniu częstoskurczu pochodzenia zatokowego autorzy kładą szczególny i słuszny nacisk na hygieniczny tryb życia, unormowanie stosunku między pracą i wypoczynkiem, uspokojenie układu nerwowego. Z preparatów leczniczych zalecają szczególniej preparaty bromowe, walerianę, eserynę (0,5 mg) gardenal, chinidynę.

W przypadkach częstoskurczu, wywołanego trzepotaniem przedsionków, autorzy zwracają uwagę, że częstoskurcz ten nietylko może mieć charakter stały, trwać miesiące a nawet lata, ale że tętno może pozostać również zupełnie miarowem. Obraz ten występuje u ludzi po 40 roku życia, najczęściej między 50—60 rokiem. Często chorzy nie mogą podać dokładnie, kiedy zaczęły się ich dolegliwości, skarżą się na uczucie bicia serca, lekką duszność po pracy etc. Częstoskurcz jest w tych przypadkach dość znaczny: 130, 140, 150 na minutę, krzywa elektrokardiograficzna wykazuje zwykle w tych przypadkach 2 wzniesienia przedsionkowe na każdy skurcz komorowy. Odróżnienie w tych warunkach częstoskurczu pochodzenia zatokowego od częstoskurczu przez trzepotanie przedsionków może być trudne, jednakże autorzy zwracają uwagę, że częstoskurcz pochodzenia zatokowego wykazuje zwykle tętno wolniejsze, wahające się około 100 — 120, wykazujące od czasu do czasu przyspieszenia, a szczególniej częstość tętna jest zmienna i zależna od wzruszeń, wysiłków etc. W częstoskurczu przez trzepotanie przedsionków częstość tętna jest większa, waha się około 140-150 i ma charakter bardziej stały, a więc np. nie zmienia się pod wpływem wysiłków, pozostaje często bez zmiany w położeniu leżącem i stojącem, nie ulega zmianie pod wpływem wzruszenia.

W końcu broszury autorzy podają swe metody leczenia częstoskurczu przez trzepotanie przedsionków, zalecając w pierwszej linji naparstnicę w wysokich dawkach, w drugiej linji chinidynę. *E. R.*

Redaktor odpowiedzialny: *Doc. Dr. A. Wojciechowski*
Wydawca: Spółka Wydawnicza „Wiedza Lekarska".
Adres redakcji i administracji Warszawa, Kaliska 9. Tel. 420-90.
Prenumerata z przesyłką rocznie zł. 8. kwartalnie zł. 2. Konto **P. K. O. 15.785.**

NEUMAN & TOMASZEWSKI ZAKŁADY GRAFICZNE WE WŁOCŁAWKU